

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ 1999:2

Terveydenhuollon asiakasmaksut - mistä tosiasiasa on kyse?

Jutta Niemelä

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 1999

KUVAILEHTI

Julkaisija

Sosiaali- ja terveysministeriö

Julkaisun päivämäärä

26.2.1999

Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)

Jutta Niemelä

Julkaisun laji

Selvitys

Toimeksiantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

Toimielimen asettamispvm

Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen)

Terveydenhuollon asiakasmaksut - mistä tosiasiasa on kyse?

Julkaisun osat

Tiivistelmä

Terveydenhuollon asiakasmaksuja perustellaan usein sillä, että ne vähentäisivät terveyspalvelujen väärinkäyttöä ja että ne hillitsisivät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Näitä väitteitä ei voida kuitenkaan osoittaa oikeiksi.

Asiakasmaksut aiheuttavat terveydenhuollon kustannusten siirtoa hyvätuloisilta pienituloisille. Vastoin yleistä uskomusta, ne eivät vähennä pelkästään tarpeetonta hoitoa vaan myös tarpeellista. Lisäksi asiakasmaksut mitä todennäköisemmin lisäävät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Suomessa käytössä olevat asiakasmaksut kuten omavastuuosuus ja suoritemaksu eivät myöskään tue keskeisten terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamista.

Terveydenhuollon kehittämisessä tulisi asiakasmaksujen sijasta keskittyä erityisesti tuottajapuolella tehtäviin toimenpiteisiin. Tällaisia ovat esimerkiksi hoitokäytäntöihin vaikuttaminen sekä terveydenhuollon organisointiin ja johtamiseen tehtävät parannukset.

Avainsana: (asiasanat)

asiakasmaksu, terveydenhuollon kustannukset, terveydenhuollon rahoitus

Muut tiedot

Sarjan nimi ja numero

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:2

Kokonaissivumäärä

55

Jakaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISSN

1236-2115

Hinta

58,- mk

Kustantaja

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN

952-00-0571-4

Luottamuksellisuus

julkinen

Esipuhe

Keskustelu terveydenhuollon asiakasmaksuista on vilkastunut Suomessa 1990-luvulla. Kotitalouksien osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta kasvoi 16 prosentista 22 prosenttiin vuosina 1990-96. Kasvu johtuu muun muassa sairausvakuutuksen omasvastuuosuuksien sekä sairaaloiden ja terveystieteiden käyntimaksujen korotuksista. Asiakasmaksut ovat Suomessa nyt OECD-maiden suurimpia. Maksujen lisäkorotuksia on vaadittu erityisesti kuntien taloudellisten vaikeuksien takia.

Useimmat OECD-maat eivät ole olleet kiinnostuneita käyttämään suuria asiakasmaksuja terveydenhuollossa. Tähän on useita syitä. Ensimmäinen asiakasmaksut vaikeuttavat helposti riskiryhmien hoitoonpääsyä. Toiseksi maksujen ei uskota hillitsevän kokonaiskustannuksia. Kolmanneksi niiden kohtaanto on epäoikeudenmukainen: ne rasittavat eniten pienituloisia, joiden hoidon tarve on suuri. Lisäksi maksut aiheuttavat hallinnollisia kuluja, minkä vuoksi niiden nettotuotto on oletettu heikoksi. Oman syynsä muodostaa poliittinen uskottavuus, koska asiakkaat ovat maksaneet jo veroina tai muina pakollisina maksuina rahaa terveydenhuoltoon.

Sosiaali- ja terveysministeriö toivoo tämän raportin antavan aineksia asiakasmaksuista käytävään keskusteluun, jota käytäneen maassamme tulevaisuudessa vilkkaasti edelleen.

Helsingissä 26 päivänä helmikuuta 1999

Ylijohtaja Kimmo Leppo

Sisällys

Sivu

1. Johdanto	1
2. Asiakasmaksuista esitetyt näkemykset	2
2.1. Väitteet asiakasmaksuista	2
2.1.1. Väite väärinkäytöstä	3
2.1.2. Väite "rahat eivät riitä"	8
2.2. Eri osapuolten suhtautuminen asiakasmaksuihin	12
3. Asiakasmaksujen vaikutukset	14
3.1. Asiakasmaksut ja kustannusten siirto	14
3.2. Asiakasmaksut ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset	17
3.3. Muut vaikutukset	21
3.4. Empiirisiä tutkimuksia asiakasmaksujen vaikutuksista	22
3.4.1. Rand-tutkimus	22
3.4.2. United Mine Workers Health Plan -tutkimus	24
3.4.3. Muita empiirisiä tutkimuksia	25
3.5. Erityyppiset asiakasmaksut ja niiden vaikutukset terveyspoliittisiin tavoitteisiin	27
3.5.1. Omavastuuosuus	29
3.5.2. Omavastuumäärä	30
3.5.3. Suoritemaksu	32
3.5.4. Maksu tulojen mukaan	34
3.5.5. Vakuutus suurta riskiä vastaan	36
3.5.6. Yli taksan menevä hinnoittelu	37
3.5.7. Hinnoiteltavien palvelujen uudelleenmäärittely	38
3.5.8. Ei-vakuutettavien palvelujen valikointi	39
3.5.9. Rinnakkaissysteemit	40
3.5.10. Tiivistelmä erityyppisten asiakasmaksujen vaikutuksista	42
4. Päätelmät	44

Kirjallisuusluettelo

Liite Asiakasmaksut eräissä OECD-maissa

1. Johdanto

Asiakasmaksut on termi, joka käsittää laajan kirjon erilaisia maksuja. Erityyppisille asiakasmaksuille on kuitenkin yhteistä se, että terveyspalvelujen käyttäjä maksaa tietyn suuruisen summan rahaa käyttäessään palveluja. Asiakasmaksut eivät siis ole sama asia kuin veroina maksettu raha terveydenhuoltoon eikä myöskään vakuutusmaksuna maksettu raha, kuten sairausvakuutusmaksu. Viimeksi mainitut eivät ole sidoksissa henkilön terveyspalvelujen käyttöön.

Useissa maissa, kuten myös Suomessa, osa terveyspalveluista on maksuttomia ja osa taas maksullisia. Tietyt ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palvelut sekä eräiden tarttuvien tautien hoito ovat Suomessa ilmaisia. Sen sijaan esimerkiksi lääkärikäynnit ovat maksullisia.

Kovinkaan paljon vaihtoehtoja ei ole siinä, miten palveluiden käyttö ja asiakasmaksut yhdistetään. Maksuja voidaan periä palvelun käytön yhteydessä tai jokseenkin heti käytön jälkeen tai ne voidaan yhdistää verojen maksuun. Erilaisia vaihtoehtoja on sen sijaan siinä, ketkä maksavat palvelujen käytöstä, mistä palveluista maksetaan, kuinka paljon maksetaan ja keille maksetaan.

Tämän raportin aluksi käsitellään asiakasmaksuista usein esitettyjä väitteitä. Sen jälkeen tarkastellaan asiakasmaksujen vaikutuksia, kuten kustannusten siirtoa ja vaikutuksia terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Lisäksi käsitellään erityyppisiä asiakasmaksuja ja niiden vaikutuksia terveyspoliittisiin tavoitteisiin. Lopuksi esitellään päätelmät. Termejä asiakas ja potilas käytetään raportissa synonyymeinä.

Raportti perustuu valtaosin ulkomaiseen kirjallisuuteen ja tutkimukseen. Raportissa on hyödynnetty erityisesti kanadalaista tutkimusaineistoa vuosilta 1993-95. Lisäksi on käytetty muuta raportin lopussa mainittua kirjallisuutta. Eräissä kohdin sivutaan myös maamme maksupoliittista keskustelua ja päätöksentekoa sekä hyödynnetään kotimaista lähdeaineistoa.

Vuoden 1995 jälkeen asiakasmaksuista julkaistussa kirjallisuudessa ei näytä olevan mitään merkittävää uutta lisättävää kanadalaisten tutkijoiden tekemiin päätelmiin. Itseasiassa näyttää siltä, että asiakasmaksujen pääasialliset vaikutukset selvisivät jo 1970-80 -lukujen vaihteeseen mennessä.

2. Asiakasmaksuista esitetyt näkemykset

Asiakasmaksukeskustelussa esitetään usein väitteitä, jotka osittain perustuvat yleisiin uskomuksiin asiakasmaksujen vaikutuksista tai joihin osittain vaikuttavat niitä esittävien osapuolten omat intressit. Tässä luvussa käsitellään ensin kahden tyypillisen väitteen pitävyyttä ja sitten eri osapuolten suhtautumista asiakasmaksuihin.

2.1. Väitteet asiakasmaksuista

Asiakasmaksuja perustellaan usein kahdella hyvin tunnetulla väitteellä. Toisaalta vedotaan terveyspalvelujen väärinkäyttöön sekä toisaalta terveydenhuollon taloudellisiin näkökohtiin. Esitetyt väitteet ovat jokseenkin tällaisia:

Väite väärinkäytöstä

"Ihmiset käyttivät väärin terveydenhuoltoa, jos se on ilmaista. Asiakasmaksut vähentävät tarpeetonta käyttöä ja ne kannustavat ihmiset ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään."

Väite "rahat eivät riitä"

"Terveydenhuollon kustannukset ovat riistäytymässä käsistä. Nykyiseen järjestelmään ei ole enää varaa. Ihmiset eivät tiedä, mitä terveydenhuolto maksaa; ihmiset täytyy saada tajuaamaan, että heidän hoitonsa ei ole ilmaista."

2.1.1. Väite väärinkäytöstä

"Ihmiset käyttävät väärin terveydenhuoltoa, jos se on ilmaista. Asiakasmaksut vähentävät tarpeetonta käyttöä ja ne kannustavat ihmiset ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään."

Usein kuullaan väitettävän, että monet asiakkaat hakeutuvat lääkäriin ilman selvää lääketieteellistä syytä. Ei kuitenkaan ole lainkaan selvää, mitä terveyspalvelujen väärinkäyttö on. Jos ihmisiltä kysytään, mitä he pitävät terveyspalvelujen väärinkäyttönä, monet vastaisivat tähän todennäköisesti, että se on terveyspalvelujen tarpeetonta käyttöä. Asiakasmaksuja perustellaan usein sillä, että ne saisivat ihmiset ajattelemaan kahdesti ennen kuin hakeutuvat lääkäriin. Tarkasti ajatellen tämä väite merkitsee osittain sitä, että ihmisten pitäisi osata itse tehdä diagnoosi vaivastaan ja päättää, kuinka vaikeasta ongelmasta on kyse. Joskus ihmiset saattavat tehdä oikean päätelmän, joskus taas ei. Siitä, miten paljon ihmiset pystyvät itse arvioimaan vaivaansa oikein, ei olla yksimielisiä ja tieteellinenkin näyttö on vähäistä.

Myöskään terveydenhuollon ammattilaiset ja muut asiantuntijat eivät pysty aina sanomaan etukäteen, mikä on lääketieteellisesti tarpeellista. Tarpeen määritelmäksi on esitetty, että tarve on asiakkaan "kyky hyötyä" palvelujen käytöstä. Mutta miten hyöty määritellään ja kuka sen määrittelee? Yleensä sanotaan, että lääkärit pystyvät tekemään tämän parhaiten. Kun lääkäreille on esitelty erilaisia potilastapauksia ja kysytty heidän mielipiteitään siitä, mikä tapaus on väärinkäyttöä ja mikä ei, lääkärit eivät ole olleet läheskään aina yksimielisiä.

Väärinkäyttö voidaan määritellä myös siten, että se on käyttöä, joka "ei kannata". Toisin sanoen palvelusta saatu hyöty on pieni suhteessa sen kustannuksiin. Mutta tällainen väärinkäytön määritelmä johtaakin jo aivan toiseen aihealueeseen. Monet nykyisistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä ovat sellaisia, joiden hyöty on pieni suhteessa kustannuksiin. Tällöin joudutaan tarkastelemaan lukematonta määrää erilaisia palveluja ja miettimään, mitä palveluja halutaan rahoittaa ja miten niiden kustannukset jaetaan. Tieteellinen tutkimus voi tuottaa tietoa siitä, mitkä ovat eri toi-

menpiteiden hyödyt ja kustannukset ja miten nämä vaihtelevat potilasryhmästä ja olosuhteista toisiin. Mutta se, kannattaako tiettyä palvelua rahoittaa julkisin varoin, on lopulta poliittinen ja eettinen päätös.

Vakuuttavaa näyttöä hyvin laajasta väärinkäytöstä, oli väärinkäytön määritelmä mikä hyvänsä, on vaikea löytää. Tarpeettomien käyntien määrää on pyritty arvioimaan lääkäreille tehtyjen kyselyjen perusteella. Esimerkiksi Kanadassa tehdyissä kyselyissä lääkäreiden arviot turhien käyntien osuudesta olivat 2-12 prosenttia. Eräässä Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Simo Kokko, 1988) lääkärit arvioivat turhien käyntien osuudeksi 1,2 prosenttia, vaihteluväli oli 0,5-5 prosenttia. Lääkärit pitivät monia turhiksi arvioimistaan käynneistä sellaisina, joissa itse hoitoonhakeutuminen ei ollut turhaa, vaan hoitoonhakeutumisen paikka ja aika. Potilaan ei olisi pitänyt hakeutua kiireiseen iltapäivystykseen tai sairaalan ensiapuun, vaan hän olisi voinut varata tavallisen vastaanottoajan päiväsaikaan. Vaikka monet meistä osaavat esittää ainakin yhden hyvän esimerkin terveyspalvelujen väärinkäytöstä, on tilastollinen näyttö asiakkaiden aiheuttamasta väärinkäytöstä heikkoa.

Asiakkaiden itsensä aiheuttama terveyspalvelujen väärinkäyttö ei voi muodostaa huomattavaa osaa terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista. Asiakkaat ovat kyllä aloitteellisia päättäessään hakeutumisesta ensimmäisen kerran, mutta he eivät yleensä tee itse päätöksiä terveyspalvelujen käytöstä. Esimerkiksi uusintakäynnit, läheteet, vuodeosastolle ottaminen ja reseptilääkkeen määrääminen tehdään lääkärin arvion ja päätöksen perusteella. On tietenkin potilaita, jotka vaativat jotakin tiettyä toimenpidettä tai lääkettä. Ei kuitenkaan ole selvää, mitä potilaiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden "vaatiminen" lopulta on. Potilaat pyytävät esimerkiksi jatkuvasti veren kolesterolimittauksia, mutta tekisivätkö he näin, jos viime vuosikymmenien laajaa julkisuuskampanjaa kolesterolista ei olisi käyty? Lisäksi huipputeknologia ja uudet hoitomahdollisuudet ruokkivat vaateita, usein tuottajien myötävaikutuksella. Mutta tuskinpa potilaat vaativat kirurgisia leikkauksia tai lääkityksiä sen takia, että ne ovat ilmaisia!

Sairaaloiden ja terveyskeskusten avohoidon kustannukset muodostavat karkeasti arvioiden 20 prosenttia kaikista terveydenhuollon menoista. Ehkä noin puolet näistä 20 prosentista ovat palveluita, joihin asiakkaat pääsevät ilman lähetettä. Näin teoreettinen mahdollisuus asiakkaiden luomaan väärinkäyttöön on noin 10 prosentissa terveydenhuollon kokonaismenoista. Mutta kaikki nämä eivät ole ensikäyntejä, jotka asiakkaat tekevät omasta aloitteestaan. Osa on esimerkiksi lääkärin määräämiä seurantakäyntejä. Eivätkä kaikki asiakkaan aloitteesta tehdyt ensikäynnit ole turhia. Useimmat käynnit ovat täysin tarpeellisia ja perusteltuja. Näin ollen väärinkäytön osuus on todella pieni. Esimerkiksi, jos oletetaan, että 10 prosenttia ensikäynneistä olisi turhia, niin *asiakkaiden* synnyttämän väärinkäytön osuudeksi muodostuisi vähemmän kuin yksi prosentti terveydenhuollon kokonaismenoista. Osuus jää tätä arviota pienemmäksi, koska väärinkäyttötapaukset ovat mitä ilmeisemmin kustannuksiltaan keskimääräistä pienempiä.

Asiakkaalle koituvat kustannukset terveyspalvelujen käytöstä muodostuvat asiakasmaksusta, aikakustannuksista, matkakustannuksista ja muista rahallisista kustannuksista. Tämä aikakustannusten, asiakasmaksun ja muiden kustannusten yhteissumma voi olla merkitsevä asiakkaan päätöksessä hakeutua hoitoon. Asiakasmaksun osuus on tässä summassa usein varsin vähäpätöinen.

Asiakkaiden aiheuttamaa väärinkäyttöä paljon suurempi ongelma on *lääkäreiden* aiheuttama terveyspalvelujen väärinkäyttö. Tätä ongelmaa eivät asiakasmaksut ratkaise. Lukuisat tutkimukset ovat nimittäin osoittaneet lääkäreiden hoitokäytännöissä huomattavia eroja. Joitakin hoitotoimenpiteitä tehdään liian usein, toisia taas väärissä tilanteissa. Lisäksi monia hoitotoimenpiteitä ei ole tieteellisesti evaluoitu ja niiden vaikuttavuutta ei tunneta.

Arviot sopimattoman hoidon laajuudesta vaihtelevat. Tutkimukset viittaavat siihen, että sopimattoman hoidon osuus olisi 30-40 prosenttia kaikista terveyspalveluista. Asiantuntijat ovat yksimielisiä siitä, että asiaan pitää kiinnittää paljon enem-

män huomiota kuin asiakkaiden aloitteesta tehtyihin turhiin käynteihin. Myös lääkäreiden keskuudessa ongelma on alettu myöntää.

Väitteeseen siitä, että asiakasmaksut vähentäisivät tarpeetonta terveyspalvelujen käyttöä, johtuipa se asiakkaista tai lääkäreistä, ei löydy kovinkaan paljon tieteellistä näyttöä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyssä ja laajasti siteeratussa RAND-tutkimuksessa todettiin, että asiakasmaksut vähensivät sekä tarpeellista että tarpeetonta hoitoa. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että asiakasmaksut vähensivät eniten pienituloisten palveluiden käyttöä. Usein pienituloiset ovat kaikkein sairaimpia, joten asiakasmaksut kohdistuvat juuri palveluja eniten tarvitseviin.

Jos kuitenkin oletetaan, että asiakasmaksut vähentäisivät yksinomaan tarpeetonta hoitoa (vaikka näin ei siis todellisuudessa ole), niin mikä olisi tilanne? Jos siis asiakasmaksut vähentäisivät vain ja ainoastaan tarpeetonta ja vaikuttamatonta hoitoa, niin silloin ainoat asiakkaat, jotka jäisivät jäljelle käyttämään palveluita olisivat ihmiset, jotka ovat todella sairaita ja tarvitsevat hoitoa. Näin ollen asiakasmaksuista muodostuu sairaiden ihmisten vero. Ne ohjaavat terveydenhuollon kustannuksia terveiltä sairaille. Tätä asiakasmaksujen aiheuttamaa kustannusten siirtoa käsitellään tarkemmin myöhemmin luvussa 3.1.

Ihmiset tuskin toimivat vastuuntuntoisemmin silloin, kun he joutuvat maksamaan asiakasmaksuja. Itse päämäärässä eli siinä, että ihmiset ottaisivat enemmän vastuuta omasta terveydestään, ei tietenkään ole moittimista. Kun sanotaan, että asiakasmaksut saisivat ihmiset miettimään kahdesti ennen kuin menevät lääkäriin, niin saisivatko terveydenhuollon asiakasmaksut ihmiset miettimään kahdesti tupakointia, terveellistä ruokavaliota, liikunnan harrastamista tai autolla ajamista alkoholin nauttimisen jälkeen? On erittäin epätodennäköistä, että *tulevaisuudessa* mahdollisesti maksettaviksi tulevat sairaalan poliklinikka- tai vuodeosastomaksut vaikuttaisivat ihmisiin ja heidän käyttäytymiseensä enemmän kuin ne hyvin monimutkaiset sosiaaliset, psyykkiset ja elinympäristön tekijät, jotka määrittävät jokaisen ihmisen elämäntyyliä *tänään*.

Vastuuntuntoista käyttäytymistä koskeva väite on muutenkin hyvin ongelmallinen. Monet niin sanotut epäterveelliset elämäntavat ovat seurausta sekä ihmisten elinympäristöstä että ihmisten itsensä tekemistä tietoisista ratkaisuista. Kyse on hyvin pitkästä ja monimutkaisesta prosessista. Täytyisi osoittaa, että tietyn henkilön tietty sairaus on seurausta hänen elintavoistaan ja että *tulevaisuudessa* hänen maksettavakseen tulevat asiakasmaksut muuttavat hänen elintapojaan *tänään*.

Näyttää siis siltä, että asiakasmaksut ovat hyvin epäsuora ja epävarma keino saada ihmiset ottamaan enemmän vastuuta terveydestään. Terveyden edistämiseen on olemassa asiakasmaksuja paljon parempia keinoja esimerkiksi terveellisen työympäristön luominen, tupakoinnin välttäminen tai liikenneturvallisuuden parantaminen.

Toisaalta saatetaan myös ajatella, että asiakasmaksun maksaminen on symbolinen ele. Sillä saadaan joidenkin mielestä osoitettua potilaille, että heidän hoitonsa ei ole ilmaista ja että sitä rahoitetaan muiden maksamista veroista. Lisäksi saatetaan ajatella, että on väärin, että ihmiset saavat jotakin ilmaiseksi. Nämä viimeksi mainitut väitteet eivät enää sisällä sitä näkemystä, että ihmiset käyttäisivät terveydenhuoltoa väärin. Mutta näin väitettäessä on ilmeisesti unohtunut se, että hoidon tarpeella on jokin merkitys. Väitteillä viitataan myös siihen, että vastuu terveydenhuollon kustannuksista pitäisi jakaa suhteessa käyttöön ja että palvelun käyttäjän pitäisi maksaa hänelle kuuluva osa. Toisin sanoen sairaiden pitäisi maksaa enemmän ja terveiden vähemmän.

Näin keskustelu asiakasmaksuista siirtyy kysymyksiin sosiaalisista arvoista ja taloudellisten hyötyjen ja kustannusten jakautumisesta yhteiskunnassa. Kysymykset terveydenhuollon vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta jäävät syrjään, vaikka nämä olisivat asiakasmaksuja paljon tärkeämpiä aiheita esimerkiksi terveydenhuollon kustannuskehityksen kannalta.

2.1.2. Väite "rahat eivät riitä"

"Terveysthuollon kustannukset ovat riistäytymässä käsisistä. Nykyiseen järjestelmään ei ole enää varaa. Ihmiset eivät tiedä mitä terveydenhuolto maksaa; ihmiset täytyy saada tajuamaan, että heidän hoitonsa ei ole ilmaista."

Usein kuultu väite on, että rahat eivät enää riitä terveydenhuoltoon ja että kustannukset ovat riistäytymässä hallinnasta. Tämän väitteen yhteydessä ehdotetaan usein, että asiakasmaksujen korotukset helpottavat rahoitusongelmaa, koska niistä saadaan lisää rahaa terveydenhuoltoon. Myöskään tämä väite ei ole niin yksinkertainen ja viaton kuin miltä se aluksi kuulostaa.

Julkinen valta pyrkii rajoittamaan julkisia menoja ja kerättävien verojen määrää. Palvelujen tuottajat taas pyrkivät lisäämään palveluja ja tulojaan. Tämä luo luonnollisen jännitteen julkisesti rahoitettuun järjestelmään. Molemmat edellä mainitut osapuolet vetoavat väestöön. Väestö jää valitettavasti tähän ristituleen, erityisesti silloin, kun terveydenhuollon menoja yritetään rajoittaa.

Suomen terveydenhuollon julkisiin menoihin kohdistuu sekä kasvu- että supistamisaineita. Palvelutarpeet koetaan jatkuvasti kasvavina, vaikka 1990-luvun lama ja kuntien valtionosuuksien vähentäminen ovat aiheuttaneet sen, että lamaa edeltävien vuosien menojen kasvuvauhtia ei voida ylläpitää.

Vaikutelmaa kustannusten riistäytymisestä ovat viime aikoina voimistaneet huoli vanhenevan väestön tarpeista, kalliin lääketieteellisen teknologian kehitys sekä kuntien vaikeudet hallita erikoissairaanhoidon menoja. Näihin pitää tietenkin kiinnittää huomiota. Mutta kyse ei ole tilanteesta, joka olisi riistäytymässä hallinnasta. Vaikka esimerkiksi väestön vanhenemiseen ei voi paljoakaan vaikuttaa, voidaan vaikuttaa siihen, miten ongelmat kohdataan ja hoidetaan.

Pitäisikin tarkasti selvittää esimerkiksi, mikä on terveydenhuoltoa ja mikä ei, mitä halutaan maksaa julkisista varoista, mitkä palvelut ovat kustannusvaikuttavia ja tarpeellisia ja kuka mistäkin palveluista hyötyy. Kun tutkitaan varsinaisen hoito-toimenpiteen vaikuttavuutta, asiakasmaksulla ei ole vaikuttavuuden selvittämisessä minkäänlaista osuutta. Jos hoitotoimenpide todetaan lääketieteellisesti vaikuttavaksi ja yhteiskunta pitää sen tuottamista tarpeellisenä eikä sitä voida tuottaa toisella, halvemmalla tavalla, niin miksi siitä pitäisi silloin periä asiakasmaksu? Mikäli hoito on vaikuttavuudeltaan täysin olematonta, pitäisi tällaisen toimenpiteen tarjonta lopettaa kokonaan.

Usein esitetty väite: "Ihmiset eivät tiedä, mitä järjestelmä maksaa; ihmiset täytyy saada tajuamaan, että heidän hoitonsa ei ole ilmaista?" herättää monia kysymyksiä. Eivätkö ihmiset sitten tiedä, että maksaessaan veroja he myös rahoittavat terveydenhuoltoa? Jos ajattelemme jokainen itseämme, niin vaikuttaako tieto terveydenhuollon kokonaismenoista (runsas 9 000 mk/asukas) omaan päätökseemme hakeutua lääkäriin jossakin tietyssä tilanteessa? Entä vaikuttaisiko tieto oman käyntimme todellisista kustannuksista omiin tottumuksiimme hakeutua lääkäriin? Ja ovatko asiakasmaksut, jotka yleensä ovat vain pieni osa hoidon todellisista kustannuksista, oikea keino tiedottaa potilaille hoidon kustannuksista?

Asiakkaille voidaan toki tarjota tietoa palvelujen kustannuksista. Mutta tätäkin tärkeämpää olisi antaa palvelujen *kustannus- ja vaikuttavuustietoa* esimerkiksi kuntien *terveydenhuollosta päättävillä henkilöillä*.

On väitetty, että terveydenhuollon kustannusten hillintä ei onnistuisi julkisesti rahoitetussa järjestelmässä. Tutkimukset eivät ole osoittaneet tätä väitettä oikeaksi. Näyttää pikemminkin siltä, että terveydenhuollon kustannusten hillintä onnistuu parhaiten, kun terveydenhuoltoa rahoitetaan yhdestä julkisesta rahoituslähteestä. Asiaa tukevat OECD:n, WHO:n ja muiden kansainvälisten organisaatioiden selvitykset, joissa on verrattu eri maiden terveydenhuollon kustannuksia ja rahoitusta runsaan parin vuosikymmenen ajalta.

Erityisesti hitaan taloudellisen kasvun aikana valtio ja kunnat joutuvat miettimään kahta vaihtoehtoa eli käytetäänkö yhteiskunnan varoista vähemmän vai enemmän rahaa terveydenhuoltoon. Jos valitaan ensimmäinen vaihtoehto, tuottajat melko varmasti valittavat, että terveydenhuoltoa ei rahoiteta riittävästi. Toisaalta jotkut muut saattavat tässä tapauksessa kritisoida varojen tuhlausta.

Jos päätetään kohdentaa lisää varoja terveydenhuoltoon, täytyy miettiä miten palvelujen kustannukset ja mahdollisesti hyödyt jaetaan veronmaksajien ja käyttäjien kesken. Eli *kuka voittaa ja kuka maksaa?* Tämä kysymys on koko asiakasmaksuaiheen ydin.

Asiakasmaksujen kannattajat vetoavat usein siihen, että asiakasmaksuista saadaan lisää varoja. Tämä vaatimus lisää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, koska rahaa otetaan potilailta ja se lisätään veronmaksajilta saatavaan julkisen rahoituksen pottiin. Tutkimukset yleensä vahvistavatkin, että asiakasmaksujen korotukset *lisäävät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia*. Siis samanaikaisesti kun esitetään väite, että ei ole varaa ylläpitää nykyistä terveydenhuoltoa ja että kustannukset riistäytyvät käsistä, niin sallitaankin terveydenhuollon kokonaiskustannusten nousu! Kustannusten *rahoitusjakauma kyllä muuttuu ja tuottajien tulot kasvavat*.

Päätökset siitä, kuinka paljon voimavaroja käytetään terveydenhuoltoon ja kuinka paljon kerätään veroja, ovat poliittisia päätöksiä. Poliittisia ovat myös päätökset olla hillitsemättä kustannusten kasvua tai rationalisoimatta terveydenhuollon varojen käyttöä sekä päätökset siirtää rahoitusvastuuta veronmaksajilta palveluiden käyttäjille. Kaikissa näissä päätöksissä on myös eettinen ulottuvuus.

Saadaanko asiakasmaksuista tuloja? Kyllä. Tuloja saadaan ainakin bruttomääräisesti. Itseasiassa voidaan saada varsin paljonkin, koska asiakasmaksujen kysyntävaikutuksia selvittäneet tutkimukset ovat osoittaneet terveyspalvelujen kokonaiskysynnän reagoivan varsin heikosti maksuihin. Kysyntävaikutuksen on todettu ole-

van erittäin pieni vuodeosastohoidossa. Avohoidossa kysyntävaikutus on vuodeosastohoitoa jonkin verran suurempi. Asiakasmaksuista saatavien tulojen määrä riippuu tietenkin siitä, miten isoja maksut ovat ja miten monet henkilöt ja palvelut ovat vapautettuja maksuista.

Suomessa sairaalamaksujen korotuksia on perusteltu sillä, että kuntataloutta saataisiin kohennettua. Sairalamaksujen korotukset eivät suinkaan mene kunnille tai valtiolle. Ne menevät sairaaloita ylläpitäville kuntayhtymille ja kuntayhtymien tulojen lisäykseksi. Näin ollen toivottu kohennus kuntatalouteen jää mitä ilmeisemmin saamatta.

Asiakasmaksuista saadut tulot eivät myöskään ole pelkkää nettotuloa. Maksujen hallinnointi ja kerääminen eivät ole ilmaisia. Maksujen todelliseen nettotuottoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tietotekniikka tosin antaa mahdollisuuden rationalisoida maksujen hallinnointia ja keräämistä sekä siten lisätä maksujen nettotuottoa.

Tarvitaanko terveydenhuoltoon lisää rahaa? Sekä kotimaisten että ulkomaisten tutkimusten päätelmä on usein ollut se, että terveydenhuollon varoja ei käytetä niin hyvin kuin voitaisiin. Terveydenhuollon rakenteita ja johtamista parantamalla saataisiin järjestelmä paremmin toimimaan. Lisäksi kuten aiemmin huomautettiin on runsaasti näyttöä siitä, että paljon tehdään tarpeettomia ja vaikuttamattomia hoito-toimenpiteitä. Usein toimenpiteitä tehdään myös kalliilla menetelmällä, vaikka tarjolla olisi halvempia menetelmiä. Vaikuttamalla kaikkiin edellä mainittuihin asioihin, meillä on "enemmän varaa" terveydenhuoltoon. Voimavarojen käytön tehostamisesta saatava palvelujen määrällinen ja laadullinen lisäys on suurempi kuin asiakasmaksujen korotusten nettotuotosta saatu lisäys.

2.2. Eri osapuolten suhtautuminen asiakasmaksuihin

Terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on eroja siinä, miten he suhtautuvat asiakasmaksuihin. Yleensä ne tuottajaryhmät, jotka odottavat saavansa lisää tu-

loja tai lisää mahdollisuuksia ansaita enemmän, ovat kannattaneet asiakasmaksuja. Sen sijaan ne tuottajat, jotka eivät ole nähneet tällaisia mahdollisuuksia, ovat vastustaneet asiakasmaksuja. Myös Suomessa lääkärit ovat aika ajoin ottaneet kantaa asiakasmaksuihin ja esittäneet muun muassa, että asiakasmaksujen pitäisi lähestyä todellisia tuotantokustannuksia.

Yksityiset vakuutusyhtiöt todennäköisesti hyötyvät asiakasmaksuista. Vakuutusyhtiöiden toiminnan täytyykin olla kannattavaa. Kuten tunnettua Yhdysvalloissa ja Ranskassa on laajat yksityiset vakuutusmarkkinat asiakasmaksujen varalle. Yksityiset vakuutusjärjestelyt ovat erityisen kalliita.

Mitä tulee sitten poliitikkoihin, byrokraatteihin ja suureen yleisöön. Poliitikot joutuvat tasapainoilemaan asiakasmaksujen poliittisten hyötyjen ja kustannusten välillä. Asiakasmaksut nähdään vaihtoehtona verojen korotukselle. Verojen korottaminen ei ole koskaan ollut suosittua. Jos poliitikot pystyvät siirtämään kustannuksia julkisista varoista yksittäisille kansalaisille - varsinkin jos he voivat kuvata sen positiivisesti esimerkiksi siten, että "ihmiset ottavat vastuun" tai että "ihmiset osallistuvat omaan terveydenhoitoonsa" tai että "terveyspalvelujen väärinkäyttöä vähennetään", poliitikot voivat vähentää julkisiin menoihin kohdistuvia paineita ilman, että he vaarantavat omaa poliittista uraansa.

Asiakasmaksuilla on myös poliittisia kustannuksia. Poliitikot uskovat, että useimmat ihmiset eivät halua asiakasmaksuja. Näin ollen he joutuvat tasapainoilemaan poliittisten hyötyjen ja kustannusten välillä. Se, että terveydenhuolto kokonaisuudessaan asiakasmaksujen myötä tulee kalliimmaksi, epäoikeudenmukaisemmaksi ja mahdollisesti myös vähemmän vaikuttavaksi, ei ole täysin merkityksetöntä, mutta se on vaan osa tätä tasapainoilua.

Poliitikot ovat osittain riippuvaisia heidän neuvonantajistaan. Virkamiehet eroavat kuitenkin siinä, miten he ymmärtävät asiakasmaksujen roolin ja vaikutukset. Osa

heistä perustaa tietämyksensä taloustieteen perusmalleihin, jotka selittävät yksityisten markkinoiden toimintaa. Kuitenkin kysynnän ja tarjonnan laki terveydenhuollon käyttäytymistä selittävänä mallina ei sovi terveydenhuollon monimutkaiseen ja osittain ristiriitaiseenkin todellisuuteen. Terveystenhuollossa asiakas ei osaa arvioida palveluiden tarvetta, palveluista saatavaa hyötyä ja muita näkökohtia yhtä itseenäisesti kuin muilla aloilla. Markkinoiden toimintaa estävät lisäksi eräät muut terveydenhuollon erityispiirteet kuten epävarmuus sairauksien ilmenemisestä ja hoidon kustannusten suuruudesta.

Yleensä ihmiset ajattelevat, että he käyttävät terveyspalveluita ainoastaan silloin kun tarvitsevat niitä. He myös ajattelevat, että jokaisella täytyisi olla mahdollisuus saada tarvitsemaansa hoitoa, tasavertaisesti ja varallisuudesta riippumatta. Toisaalta ihmiset ovat huolestuneita terveyspalvelujen väärinkäytöstä.

Näin ollen myös suuri yleisö tasapainoilee. Vastuuntunne inhimillisestä tasavertaisuudesta kamppailee sen huolen kanssa, että muut ihmiset käyttävät terveyspalveluja väärin ja että palveluja ei ehkä ole saatavilla silloin kun *minä itse* tarvitsen niitä. Nämä kaksi viimeksi mainittua huolenaihetta ilmenevät tavanomaista voimakkaammin, kun eletään vaikeita taloudellisia aikoja. Huolia lietsovat tuottajien väitteet siitä, että terveydenhuoltoa ei rahoiteta riittävästi.

3. Asiakasmaksujen vaikutukset

3.1. Asiakasmaksut ja kustannusten siirto

Yleensä terveydenhuoltoa rahoitetaan kollektiivisesti joko verovaroin tai sairausvakuutuksen varoin. Periaatteena on, että terveet ja varakkaat tukevat köyhien ja sairaiden terveydenhoitoa. Tämä on yleisesti hyväksytty periaate, ja näin täytyykin olla sairauksien ilmenemiseen liittyvien realiteettien vuoksi. Varsinainen kysymys onkin, miten laajasti ja millä tapaa varallisuus yhteiskunnassa jakautuu ja miten tämä jakautuminen vaikuttaa ihmisten hoitoonpääsyyn.

Jos esimerkiksi terveydenhuoltoa rahoitetaan verovaroin, niin asiakasmaksujen käyttöönotto tai asiakasmaksujen määrän korottaminen siirtävät vastuuta kustannuksista veroja maksavilta niille, jotka käyttävät terveyspalveluita. Koska verotus määräytyy maksukyvyn mukaan ja palveluiden käytön määrään vaikuttaa sairaus, tästä seuraa, että terveet ja varakkaat hyötyvät asiakasmaksuista ja että sairaat ja köyhät maksavat.

Asiakasmaksujen korottamisen vaikutuksina voi olla muutakin kuin kustannusten siirtoa. Hoitoonpääsy voi muuttua, terveydenhuollon kokonaiskustannukset todennäköisesti kasvavat ja myös tuottajien tuloissa voi tapahtua muutoksia. Mutta olivatpa muut vaikutukset minkälaisia tahansa, varmaa on se, että kustannuksia siirtyy. Asiakasmaksujen korottaminen siirtää rahaa taskusta toiseen. Verovaroista maksetun rahoituksen osuus pienenee ja jäljelle jäävän osan maksavat palveluiden käyttäjät. Kun ihmisiltä on tiedusteltu näkemyksiä asiakasmaksuista, sitä myönteisemmin he ovat suhtautuneet asiakasmaksuihin mitä suurempia heidän tulonsa ovat olleet.

Asiakasmaksuilla on *aina jakaumavaikutuksia*, olivatpa maksut minkätyyppisiä tahansa. Jakaumavaikutusten suuruus voi vaihdella sen mukaan, mikä asiakasmaksujen tarkka muoto on, miten terveyspalvelujen käyttö jakautuu väestön keskuudessa ja miten verotettavat tulot jakautuvat.

Tietenkään moni ei ole täysin terve tai hyvin sairas, tai hyvin varakas tai hyvin köyhä, vaan ihmisten terveydentila ja varallisuus asettuvat jatkumolle. Taulukossa 1 terveydentila sekä varallisuus on jaettu kolmeen luokkaan. Taulukosta näkee, miten asiakasmaksujen korottaminen vaikuttaa varallisuudeltaan ja terveydentilaltaan erilaisten ihmisten maksamiin veroihin ja heidän palveluja käyttäessään maksamiin asiakasmaksuihin (olettaen että verorahoituksen osuus kokonaisrahoituksesta pienenee). Terveydentilaltaan hyväkuntoiset ihmiset käyttävät palveluja vähän ja sairaat käyttävät palveluja paljon. Asiakasmaksuja korotettaessa hyvätuloisten ra-

hoitusosuus terveydenhuollosta pienenee. Pienituloisten verojen vähennys on pieni tai olematon.

Taulukko 1. Asiaksmaksujen korotuksen jakaumavaikutukset

Asiakkaan taloudellinen asema (tulot)

<i>Asiakkaan terveydentila</i>		<i>Suuret</i>	<i>Keskisuuret</i>	<i>Pienet</i>
	<i>Hyvä</i>	Verot vähenevät, asiaksmaksujen lisäys pieni tai ei lainkaan		Verojen vähennys pieni, asiaksmaksujen lisäys pieni tai ei lainkaan
	<i>Keskitaso</i>			
	<i>Heikko</i>	Verot vähenevät, asiaksmaksujen lisäys suuri, hoitoonpääsy mahdollisesti helpotunut (?)		Verojen vähennys pieni tai ei lainkaan, asiaksmaksujen lisäys suuri, hoitoonpääsy vaikeutunut

Varakkaat sairaat saattavat joskus myös hyötyä asiaksmaksuista. Tällainen tilanne saattaa syntyä silloin, kun henkilö on riittävän varakas ja verotus on riittävän progressiivinen. Jos nimittäin asiaksmaksuja korotetaan ja verorahoituksen osuus pienenee, saattavat kyseisen henkilön säästöt siitä, että maksaa vähemmän toisten ihmisten sairauksien hoidosta, muodostua suuremmiksi kuin oman sairauden lisäkustannukset.

Myös pienituloiset terveet saattavat hyötyä asiaksmaksuista (taulukon 1 oikea yläkulma), ainakin lyhyellä aikavälillä. Kuitenkin myös he saattavat joutua palveluiden käyttäjiksi, koska sairauksien ilmenemistä ei voi ennustaa ja jokainen vanhenee! Tällöin mahdollinen pieni veroalennus katoaa nopeasti suurentuneiden asiaksmaksujen myötä.

Kunkin suhteellinen terveys- ja varallisuusasema jatkumolla vaikuttaa siihen, hyö-

tyykö asiakasmaksuista vai häviääkö. Kuitenkin oli terveydentila mikä tahansa, suurituloiset todennäköisesti hyötyvät asiakasmaksuista, ja oli varallisuus mikä tahansa, terveet todennäköisesti hyötyvät.

Voidaan tietenkin ajatella, että vapautetaan pienituloiset maksuista tai porrastetaan maksut tulojen mukaan. Jos joitakin ryhmiä vapautetaan maksuista, kustannusten siirtoa tapahtuu edelleen niille asiakasryhmille, joita ei ole vapautettu maksuista. Joidenkin ryhmien vapauttaminen maksuista tai maksujen tulosidonnaisuus lisäävät myös hallinnollisia kuluja (vähentävät maksujen nettotuottoa) ja saattavat aiheuttaa huijauksia, koska jotkut asiakkaat saattavat ilmoittaa tulonsa pienemmiksi kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Lisäksi hyvä- ja keskituloiset ryhmät eivät mahdollisesti kannata muiden ryhmien vapauttamista maksuista, jolloin tällaiselta ratkaisulta saattaa puuttua poliittinen tuki. Tämä puolestaan saattaa johtaa julkisen rahoituksen pienenemiseen ja julkisesti rahoitetun järjestelmän kehittämisinnoituksen vähenemiseen sekä sen palvelujen laadun heikkenemiseen.

Jos maksut määräytyvät tulojen perusteella, yhdistettyinä vaikkapa ansioverotukseen, nettovarallisuutta siirtyy edelleenkin käyttäjiltä palveluja käyttämättömille ja myös pienituloisilta hyvätuloisille. Lisäksi on huomattava, että käytössä on jo järjestelmä, joka jakaa kustannuksia sen mukaan kuka pystyy maksamaan enemmän ja kuka vähemmän eli henkilökohtainen ansiotuloverotus.

Yleensä katsotaan, että sairaudet eivät ole kenenkään oma vika ja että terveyspalvelujen käytön pitää perustua tarpeeseen ja rahoituksen pitää olla näistä erillään. Asiakasmaksut kääntävät tämän, ainakin osittain.

3.2. Asiakasmaksut ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset

Terveydenhuoltoa voidaan rahoittaa periaatteessa kolmesta eri rahoituslähteestä: verot, vakuutusmaksut ja asiakasmaksut. Tietenkin on vielä muita, pienempiä ra-

hoituslähteitä, kuten hyväntekeväisyyden ja Suomessa jo varsin merkittäväksi muodostunut Raha-automaattiyhdistyksen kautta saatu rahoitus.

Vaikka rahoitus kerättäisiin terveydenhuoltoon miten hyvänsä, on sen oltava aina yhtä suuri kuin terveydenhuollon kokonaismenot. Rahoituksen on oltava myös yhtä suuri kuin hoidon tuottamiseen, joko välittömästi tai välillisesti, osallistuneiden tulot yhteensä.

Sama voidaan ilmaista yhtälön muodossa:

$$\text{RAHOITUS YHTEENSÄ} = \text{KOKONAISMENOT} = \text{TULOT YHTEENSÄ}$$

Tämä yhtälö ei tietenkään pidä paikkansa jokaisen yksilön tai toimijan kohdalla. Useimmat ihmiset maksavat joko enemmän tai vähemmän rahoituspuolelle kuin mitä he käyttävät palveluja. Toisaalta ihmiset, jotka saavat toimeentulonsa terveydenhuollosta, antavat omalla työpanoksellaan joko enemmän tai vähemmän terveydenhuoltoon kuin mitä heille maksetaan. Mutta kaiken kaikkiaan koko yhteiskunnan tasolla yhtälö pitää paikkansa.

Jokainen terveydenhuoltoon käytetty markka on siis samanaikaisesti saatu joltakin ja maksettu jollekulle. *Yhden osapuolen meno on toisen tulo.* Terveydenhuollon menojen kasvu näkyy joidenkin (mahdollisesti tunnistettavissa olevien) henkilöiden tulojen kasvuna ja/tai suurempana terveydenhuollon henkilöstömääränä. On siis ymmärrettävissä tulonsaajapuolen perussävyltään myönteinen suhtautuminen asiakasmaksuihin.

Jos asiakasmaksuja korotetaan, niin silloin jostakin toisesta rahoituslähteestä tarvitsee ottaa vähemmän rahaa, jotta saadaan tietty määrä terveyspalveluja. Näin ei kuitenkaan ole siinä tapauksessa, jos asiakasmaksujen korotukset lisätään muuhun terveydenhuollon rahoitukseen kuten luvussa 2.2. mainittiin.

On huomattava, että terveydenhuollon rahoituksen lisääminen ei välttämättä merkitse sitä, että terveystalvveluja tuotettaisiin enemmän tai että tuotettaisiin aiempaa parempia tai laadukkaampia palveluja. Rahoituksen lisääminen saattaa johtaa myös aiempaa korkeampiin terveystalvvelujen hintoihin ja/tai tuottajien suurempiin tuloihin.

Jotta asiakasmaksut pienentävät terveydenhuollon kokonaiskustannuksia täytyy seuraavien ehtojen toteutua:

1. Asiaksmaksu on riittävän suuri, jotta se vaikuttaa asiakkaiden päätöksiin haakeutua lääkäriin ja vähentää palvelujen kysyntää.
2. Yksityinen vakuutus ei saa korvata asiakkaille asiakasmaksuista aiheutuvia kuluja.
3. Terveystalvvelujen tuottajat eivät saa korottaa palvelujensa hintoja ja/tai lisätä tuotantoaan kompensoidakseen vähentynyttä palvelujen kysyntää.
4. Asiaksmaksujen hallinnolliset kulut eivät saa olla suuremmat kuin asiakasmaksuista saatavat tulot.

On epätodennäköistä, että ylläolevat ehdot toteutuvat käytännössä (paitsi ehkä 4. ehto) ja vielä samanaikaisesti. Jos asiaksmaksu olisi niin suuri, että se vähentäisi palveluiden kysyntää eli yllä oleva 1. ehto täyttyisi, 2. ehto tuskin toteutuisi silloin. Koska useimmat eivät pystyisi maksamaan suurta asiaksmaksua, yksityisvakuutuksia alkaisi ilmaantua suurten maksujen varalle. Suuri asiaksmaksu johtaisi todennäköisesti siihen, että pienituloiset ja vanhukset täytyisi vapauttaa maksuista. Näin jo muutenkin heikko vaikutus kysyntään laimenisi.

Mitä tulee 3. ehtoon, esimerkiksi Yhdysvalloissa 1980-luvulla palvelujen kysynnän määrä väheni asiaksmaksujen korotusten vuoksi. Seuraavina vuosina terveystalvvelujen hinnat ja lääkäreiden tulot kasvoivat nopeasti, joten terveydenhuollon kokonaiskustannukset jatkoivat kasvuaan. 4. ehtokaan ei välttämättä aina toteudu. Uudessa-Seelannissa korotettiin sairaaloiden vuodeosastohoidon asiakasmaksuja vuonna 1992. Maksut poistettiin kuitenkin hyvin pian, koska poliittinen vastustus oli suurta. Lisäksi asiakkaat jättivät maksuja maksamatta, mikä nosti maksujen perimisen kustannuksia huomattavasti.

Kansainvälinen tutkimustieto viittaa siihen, että asiakasmaksut ovat yhteydessä suurempiin ja vaikeammin hallittavissa oleviin terveydenhuollon kustannuksiin. Maa, jossa terveydenhuollon kustannukset kaikkein selvimmin ovat riistäytyneet hallinnasta, on Yhdysvallat. Siellä on huomattavat asiakasmaksut. Muissa OECD-maissa asiakasmaksuja ei ole yleensä käytetty välineenä hillitä terveydenhuollon kustannuksia, lukuunottamatta ehkä Ranskaa. Ranskassa noin 90 prosenttia väestöstä on ottanut itselleen lisävakuutuksia (assurances complémentaires), jotka korvaavat merkittävän osan julkisten terveystalvelujen asiakasmaksuista ja maksujen korotuksista. Mutta Ranskakaan ei ole onnistunut pitämään terveydenhuollon kustannuksia yhtä hyvin kurissa kuin valtaosa muista teollisuusmaista (Ranskan terveydenhuollon menojen kansantuoteosuus on lähes 10 prosenttia).

Kansainvälisen kokemuksen perusteella on ilmeistä, että asiakasmaksut *eivät* pienennä terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Julkisen vallan rahoitusosuus saattaa ehkä hetkellisesti laskea asiakasmaksujen myötä, mutta tämäkään ei ole varmaa.

Näyttää siltä, että julkinen verorahoitteinen järjestelmä, jossa on yksikanavainen rahoitus, hillitsee kustannuksia paremmin kuin muut rahoitusmuodot. Onnistuneimmat tavat hillitä kustannuksia ovat ne, jotka rajoittavat kokonaiskapasiteetin (laitteet, rakennukset, henkilöstö, lääkkeet) ja tuottajien saamien kokonaisbudjettien kasvua. Mitä enemmän terveydenhuollossa on yksittäisiä, toisistaan riippumattomia rahoituslähteitä, sitä vaikeampi on hillitä kokonaiskustannuksia. Vaikka asiakkaat saattavat hakeutua omasta aloitteestaan terveystalvelujen käyttäjiksi, kaikki *hoitoonhakeutumisen jälkeen tehdyt päätökset määrittävät oleelliselta osin terveydenhuollon kokonaiskustannukset*. Näihin päätöksiin asiakkailla itsellään ei yleensä ole mitään osuutta.

Kun asiakasmaksut ovat kasvaneet riittävän suuriksi, saattaa olla, että asiakkaat eivät enää pysty maksamaan niitä. Tällöin yksityisten vakuutusmarkkinoiden laaje-

nemistä voi olla vaikeaa estää. Noidankehä on silloin valmis. Yhä suuremmat asiakasmaksut johtavat siihen, että yhä enemmän otetaan yksityisiä vakuutuksia, mikä puolestaan taas kasvattaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia yhä suuremiksi.

3.3. Muut vaikutukset

Hoitoonpääsy on verorahoitteisessa järjestelmässä joiltakin osin yleensä rajoitettua. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon pääsyyn edellytetään usein lääkärin lähetettä, jolloin lääkäri ammatillisen tietämyksensä perusteella tekee ratkaisun asiakkaan hoitoonpääsystä. Sen sijaan yksittäisten asiakkaiden maksukyvyyn ei pitäisi vaikuttaa hoitoonpääsyyn verorahoitteisessa järjestelmässä. Asiakasmaksut muuttavat kuitenkin tilannetta: pienituloiset saattavat asiakasmaksujen takia jättää käyttämättä palveluja, jolloin suurituloiset pääsevät helpommin hoitoon. Suomessa hyvätuoloisten hoitoonpääsyä helpottaa lisäksi sairaaloiden erikoismaksuluokkajärjestelmä.

Yksittäisistä avohoitokäynneistä, lääkkeiden omavastuuosuuksista, taksimatkoista, lyhytaikaisesta vuodeosastohoidosta, kotisairaanhoidon maksuista ja niin edelleen saattaa jo lyhyessä ajassa muodostua huomattava rahasumma asiakkaan maksettavaksi. Asiakasmaksut saattavat olla rasite erityisesti kroonisia sairauksia sairastaville, varsinkin, jos he joutuvat käymään usein sairaalassa ja käyttämään paljon lääkkeitä.

Kenelläkään ei yleensä ole kokonaiskuvaa siitä, paljonko asiakas joutuu maksamaan erilaisia maksuja sairautensa aikana, ei asiakkaalla itsellään eikä palvelujen järjestäjällä eli kunnalla. Kokonaiskuvan saantia vaikeuttaa se, että asiakas maksaa palveluista usealle eri taholle eli taksille, terveyskeskukselle, apteekille, sairaalalle ja niin edelleen. Yksittäinen kunta voi vaikuttaa vain osaan näistä maksuista.

Asiakasmaksut eivät vähennä yksinomaan hoitoa, joka on vaikuttavuudeltaan olematonta tai heikkoa ja siten tarpeettomana pidettävää hoitoa. Asiakasmaksut

vähentävät myös vaikuttavaa hoitoa. Tämä havaittiin muun muassa Yhdysvalloissa tehdyssä RAND-tutkimuksessa. Sitä käsitellään seuraavaksi.

3.4. Empiirisiä tutkimuksia asiakasmaksujen vaikutuksista

3.4.1. RAND-tutkimus

RAND Health Insurance Experiment on toistaiseksi laajin ja myös kallein asiakasmaksuja käsitellyt kokeellinen tutkimus.

RAND-tutkimuksessa 5 800 henkilöä kuudella eri paikkakunnalla Yhdysvalloissa satunnaistettiin yhteen neljästätoista eri "vakuutusmallista". Kokeilu kesti 3-5 vuotta. Kokeilussa käytettiin erilaisten ja erisuuruisten asiakasmaksujen yhdistelmiä. Omavastuuosuudet olivat joko 0 prosenttia eli hoito oli kokonaan maksutonta, 25 prosenttia, 50 prosenttia tai 95 prosenttia. Omavastuuosuuksille määriteltiin maksukatto, joka oli joko 5 prosenttia, 10 prosenttia tai 15 prosenttia perheen tuloista vuosittaiseen 1 000 Yhdysvaltain dollarin ylärajaan saakka. Maksukaton ylimenevältä osalta vakuutusyhtiö maksoi kaikki kulut. Vakuutus korvasi kattavasti erilaisia terveystalveluita kuten lääkärisäkäyntejä, sairaalahoitoa ja reseptilääkkeitä. Eräitä väestöryhmiä jätettiin kokeilun ulkopuolelle, muun muassa yli 62-vuotiaat, hyvin varakkaat sekä eräitä vaikeavammaisia.

RAND-tutkimuksesta on julkaistu hyvin paljon kirjallisuutta. Ainoastaan tutkimuksen pääasialliset tulokset luetellaan seuraavan luettelon kohdissa 1-7. Kaikkien tutkimukseen liittyvien näkökohtien käsittely vaatisi oman, hyvin laajan raporttinsa.

1. Maksuttoman hoidon ryhmän (0 prosentin omavastuuosuus) vuosittaiset per capita -menot olivat 23 prosenttia korkeammat kuin 25 prosentin omavastuuosuuden ryhmän ja 46 prosenttia korkeammat kuin 95 prosentin omavastuuosuuden ryhmän.
2. Hintajousto oli noin -0,2. Tämä tarkoittaa sitä, että jos asiakkaan palvelusta maksama hinta nousee esimerkiksi 10 prosenttia niin kysytyn palvelun määrä laskee 2 prosenttia. Toisin sanoen palveluiden kysyntä ei reagoanut kovin her-

kästi hinnan muutoksiin.

3. Kysynnän väheneminen johtui pääasiassa siitä, että henkilöiden hoitoonhakeutuminen väheni. Palveluiden käytön määrä hoitoepisodia kohti ei kuitenkaan juuri vähentynyt.
4. Asiakasmaksut vähensivät sekä vaikuttavaa hoitoa että myös hoitoa, jonka katsottiin olevan vain vähän vaikuttavaa (vaikuttavuutta arvioivat lääkärit). Näin ollen asiakasmaksut eivät olleet valikoivia sen suhteen, että ne olisivat vähentäneet ainoastaan tarpeetonta hoitoa.
5. Maksuttoman hoitoryhmän aikuisten terveydentila oli joiltakin osin parempi kuin niiden aikuisten, jotka joutuivat maksamaan asiakasmaksuja. Parempi hoidon lopputulos ensiksi mainituilla havaittiin muun muassa verenpaineen ja näön osalta. Eräiden itsearvioitujen terveydentilan mittareiden osalta sekä veren kolesterolin osalta maksuttoman hoidon ryhmässä ei ollut parempia tuloksia kuin muissa. Kuitenkin maksuttoman hoidon ryhmän jäsenet näyttivät muita todennäköisemmin vähentävän tupakointia, ylläpitävän vähäsuolaista ruokavaliota ja noudattavan lääkityksiä.
6. Pienituloisten ja hyvätuloisten perheiden lasten välillä oli eroja siinä, miten palveluja käytettiin: Omavastuuosuus vähensi selvästi pienituloisten perheiden lasten palvelujen käyttöä. Omavastuuosuuksia maksavien pienituloisten lapset käyttivät vain 56 prosenttia siitä määrästä palveluja, joita maksuttoman ryhmän lapset käyttivät. Omavastuuosuuksia maksavien hyvätuloisten perheiden lapset käyttivät 85 prosenttia määrästä, jota maksuttoman ryhmän lapset käyttivät. Edellä mainittujen lukujen kohdalla tarkasteltiin ainoastaan palveluja, joita pidettiin vaikuttavina.
7. Ne pienituloiset henkilöt, joilla katsottiin olevan muita suuremmat terveysriskit, hyötyivät eniten maksuttomasta hoidosta. Lisäksi niiden pienituloisten henkilöiden terveys koheni eniten, joilla alkuvaiheessa oli huono terveydentila.

Vaikka RAND-tutkimus oli laaja ja pitkäaikainen tutkimus, on siinä eräitä heikkouksia. On vaikea arvioida eri omavastuuosuuksien vaikutuksia, koska tutkimuksessa asiakasmaksujen yläraja oli pienempi pienituloisille kuin suurituloisille. Vaikea on myös arvioida, mitkä olivat asiakasmaksujen vaikutukset terveydentilaan, koska seuranta-aika tältä osin oli suhteellisen lyhyt ja koska potilaat kaikissa ryhmissä saivat sekä tarpeelliseksi arvioitua että tarpeettomaksi arvioitua hoitoa.

RAND-tutkimuksen suurin heikkous on kuitenkin se, että sen perusteella ei pysty arvioimaan, kuinka *koko* terveydenhuoltojärjestelmä reagoisi asiakasmaksuihin. On mahdotonta sanoa, mitkä olisivat olleet vaikutukset palveluiden käyttöön, menoihin ja terveydentilaan, jos kaikki asiakkaat olisivat joutuneet maksamaan asiakasmaksuja muodossa tai toisessa. RAND-tutkimuksessa vain pieni osa avohoidon ja sairaaloiden potilaista oli tutkimukseen osallistujia. Näin ollen asiakasmaksujen osuus lääkäreiden ja sairaaloiden tuloista eivät olleet mitenkään merkittäviä. Jos kaikki potilaat olisivat joutuneet maksamaan asiakasmaksuja ja käyttäytyneet kuten eri asiakasryhmät RAND-tutkimuksessa, tuottajien bruttotulot olisivat laskeutuneet 15-30 prosenttia. Tuottajat olisivat aivan varmasti reagoineet tähän jollakin tavoin. Mutta RAND-tutkimus ei anna vastausta siihen, miten ja miten paljon. Kuitenkin se, miten tuottajat reagoivat asiakasmaksujen korotuksiin, on päätöksentekijöille erittäin tärkeä kysymys.

3.4.2. United Mine Workers Health Plan –tutkimus

Tuottajien käyttäytymistä asiakasmaksujen korotuksiin on analysoitu esimerkiksi Pennsylvaniassa (Fahs, 1992). Siinä tutkittiin Pennsylvaniassa sijaitsevan suuren monen erikoisalan palveluja tarjoavan lääkäriaseman käyttöä vuosina 1976-79. Yli 80 prosenttia asiakkaista oli kaivostyöläisiä ja heidän perheitään. Nämä joutuivat maksamaan asiakasmaksuja, muut asiakkaat eivät. Palveluiden käyttöä tutkittiin vuosi ennen ja kaksi vuotta sen jälkeen, kun kaivostyöläiset alkoivat maksaa asiakasmaksuja vuonna 1977.

Kaivostyöläisten oli Fahsin tutkimusta edeltäneissä analyysissä havaittu vähentäneen palvelujen käyttöä sen jälkeen kun asiakasmaksuja alettiin periä heiltä. Tosin ajan kuluessa he alkoivat käyttää polikliniisiä palveluja yhtä paljon kuin ennen asiakasmaksuja.

Fahs havaitsi tutkimuksessaan, että lääkärit reagoivat kaivostyöläisten asiakasmaksujen käyttöönottoon pidentämällä muiden kuin kaivostyöläisten vuodeosastohoi-

tojaksoja sekä korottamalla polikliinisen hoidon maksuja. Lisäksi lääkärit alkoivat suositella pidempiä aikavälejä kaivostyöläisten seurantakäynneille, kun taas muille asiakkaille lyhyempiä. Kaikkiaan muiden kuin kaivostyöläisten vuodeosastohoidon kustannukset hoitoepisodia kohti nousivat 19 prosenttia ja kokonaiskustannukset 7 prosenttia.

Tutkimuksen tulos viittaa siihen, että tuottajat näyttävät kompensoivan muilla toimenpiteillä palvelujensa kysynnän vähenemisen. Asiakasmaksut eivät siten ole tehokas väline vähentää terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Täytyykin suhtautua varoen tutkimuksiin, jotka tarkastelevat ainoastaan asiakkaiden reaktioita asiakasmaksuihin eivätkä tuottajien. Tällaiset tutkimukset ovat parhaimmillaan vain osittaisarvioita maksujen vaikutuksista.

3.4.3. Muita empiirisiä tutkimuksia

Empiirisiä tutkimuksia asiakasmaksujen vaikutuksista on tehty erityisesti Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Näiden tutkimusten tulokset ovat samansuuntaisia kuin kahden edellä selostetun. Asiakasmaksuja koskevista empiirisistä tutkimuksista voidaan yhteenvetona todeta seuraavaa:

Asiakasmaksut eivät vähennä yksinomaan tarpeetonta hoitoa, vaan myös tarpeellista ja vaikuttavaa hoitoa.

Asiakasmaksujen sekä taloudelliset että terveydelliset jakaumavaikutukset saattavat olla huomattavia joidenkin väestöryhmien kohdalla. Näin on erityisesti, jos palveluiden käyttö keskittyy hyvin pieniin ja sairaisiin väestöryhmiin.

Asiakasmaksujen vaikutuksia analysoitaessa on otettava huomioon palveluiden tuottajien reaktiot asiakasmaksuihin. Tuottajat saattavat kompensoida omilla päätöksillään asiakkaiden synnyttämän kysynnän vähenemisen.

Asiakasmaksut eivät ole riittävä ehto terveydenhuollon kokonaiskustannusten hillinnälle.

Asiakasmaksuja koskevia empiirisiä tutkimuksia ei Suomessa ole kovinkaan paljon tehty. Lasten tapaturmien hoidon kysyntää Helsingissä selvittäneessä tutkimuksessa (Ahlamaa-Tuompo, 1998) asiakasmaksun todettiin vähentäneen hoidon kysyntää. Palvelujen kysynnän väheneminen kohdistui lähinnä lieviin tapaturmiin, ei vaikeisiin. Väheneminen ei näyttänyt kohdistuvan tiettyihin sosioekonomisiin ryhmiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon maksupolitiikkaa käsittelevässä selvityksessä vuodelta 1982 (Jämsén et Ruusinen) tarkasteltiin terveyskeskusmaksun poistumisen vaikutuksia 1980-luvun alussa. Selvityksessä todettiin, että terveyskeskuskäyntien kokonaismäärä ei muuttunut maksun jäätyä pois. Kävijäjoukon sisäinen rakenne tosin hieman muuttui: lasten ja nuorten osuus kasvoi ja yli 65-vuotiaiden osuus väheni. Terveyskeskuslääkäreiden mielestä päivystyskäyntien määrä kasvoi maksun jäätyä pois ja käyntien syyt olivat usein vähäisempiä kuin aiemmin.

Asiakasmaksujen vaikutuksia hammashuollon palvelujen kysyntään on tutkittu myös Suomessa (Sintonen et Maljanen 1995, Arinen et Sintonen 1994). Hammashuollon asiakasmaksujen korotukset vähensivät palvelujen kysyntää, mutta kysynnän väheneminen ei ollut kovin suurta.

3.5. Erityyppiset asiakasmaksut ja niiden vaikutukset terveyspoliittisiin tavoitteisiin

Tässä luvussa arvioidaan erityyppisten asiakasmaksujen vaikutuksia terveyspoliittisiin tavoitteisiin. Tarkasteltavina terveyspoliittisina tavoitteina ovat vakuutustavoite sekä terveyspalvelujen tuotantoon liittyviä tavoitteita. Vakuutustavoite tarkoittaa sitä, että sairauden asiakkaille aiheuttamaa taloudellista riskiä pyritään vähentämään ja varallisuuden jakautumista yhteiskunnassa muuttamaan. Varallisuuden jakautumisella pyritään siirtämään varallisuutta suurituloisilta pienituloisil-

le niin, että maksukyky ei vaikuttaisi hoitoonpääsyyn, vaan tarve. Itseasiassa juuri nämä kaksi asiaa, riskin vähentäminen ja varallisuuden siirto ovat syitä, miksi monet maat ovat luoneet julkisesti rahoitetun terveystalouden järjestelmän.

Terveystalouden tuotannon tavoitteina tarkastellaan ensisijaisesti tuottavuutta. Tuottavuudella tavoitellaan sitä, että tietty määrä terveystalouksia tuotetaan mahdollisimman vähin kustannuksin tai tietyillä annetuilla kustannuksilla tuotetaan mahdollisimman paljon palveluja. Tämän lisäksi palvelujen määrän ja laadun on oltava tarkoituksenmukaisia ja vastattava väestön tarpeita. Ei siis riitä, että terveystalouden tuottavuus on mahdollisimman hyvä, vaan niiden on myös parannettava väestön terveyttä.

Jotta asiakasmaksut vaikuttaisivat palveluiden tuottavuuteen, täytyy asiakkaiden olla tietoisia tuottajien hinnoista ja reagoida hintoihin, kuten yleensä "kysynnän ja tarjonnan määrittämällä markkinoilla". Toisin sanoen asiakkaiden pitäisi käyttää sellaisten tuottajien palveluja, jotka pystyvät paremman tuottavuutensa ansiosta tuottamaan niitä halvemmalla kuin muut. Jos asiakasmaksut voivat vaihdella tuottajasta toiseen, teoriassa on olemassa yllyke tuottavampaan toimintaan. Käytännössä kuitenkin monet terveydenhuollon rakenteet ja toimintatavat saattavat estää tämän toteutumisen. Lisäksi on hyvin kyseenalaista kuten luvussa 2.1 todettiin, voivatko asiakkaat olla terveydenhuollossa "hintatietoisia kuluttajia".

Asiakasmaksut voidaan luokitella kahdella eri tavalla sen mukaan, ovatko maksut yhtenäisiä ja kuka maksuista päättää:

1. Asiaksmaksu on yhtenäinen tai vaihtelee tuottajasta toiseen.
2. Tuottajat, kuten yksittäiset lääkärit tai sairaalat, päättävät asiaksmaksusta tai kolmas osapuoli, kuten valtio tai vakuutusyhtiö, päättää asiaksmaksun käytöstä ja suuruudesta.

On tärkeää erotella se, kuka päättää asiaksmaksujen perimisestä ja määrittelee niiden suuruuden. Jos tuottajat saavat päättää maksuista, niin maksujen rakenne saattaa olla hyvin erilainen ja maksut todennäköisesti palvelevat erilaista päämäärää

kuin jos rahoittaja päättää niistä. Tuottajien asettamien maksujen tarkoitus saattaa olla tuottajan lisätulojen saaminen eikä niinkään palvelujen käytön tarkoituksen mukaisuuden tai määrän parantaminen.

Tässä luvussa käsitellään erilaisia maksutyyppisiä. Ne voidaan luokitella kuten taulukossa 2 on esitetty.

Taulukko 2. Asiaksmaksujen luokittelu

Asiaksmaksujen määrittäjä

		Muu kuin tuottaja	Tuottaja
<i>Asiaksmaksujen suuruus eri tuottajilla</i>	Sama	* omavastuuosuus * omavastuumäärä * suoritemaksu * maksu tulojen mukaan	* omavastuuosuus * suoritemaksu
	Eri	* ei-vakuutettavien palvelujen valikointi * rinnakkaissysteemit * palvelujen uudelleen- määrittely	* vakuutus suurta riskiä vastaan * yli taksan hinnoittelu * palvelujen uudelleen- määrittely

3.5.1. Omavastuuosuus

Omavastuuosuus (engl. coinsurance) on maksu, jossa asiakas maksaa tietyn prosenttiosuuden hoitonsa kustannuksista (kuvio 1).

Suomessa omavastuuosuus on käytössä eräissä sairausvakuutuksen korvaamissa palveluissa. Esimerkiksi lääkärin määräämistä lääkkeistä joutuu maksamaan tietyn omavastuumäärän¹ ylittävältä osalta tietyn prosenttiosuuden. Peruskorvauksessa omavastuumäärä on 50 markkaa ja sen ylittävistä kustannuksista maksetaan 50 prosentin suuruinen omavastuuosuus. Eräiden vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien hoitoon käytettävien lääkkeiden asiakkaan maksettava omavastuumäärä on 25 markkaa ja sen ylimenevältä osalta omavastuuosuus on 25 prosenttia tai 0 prosent-

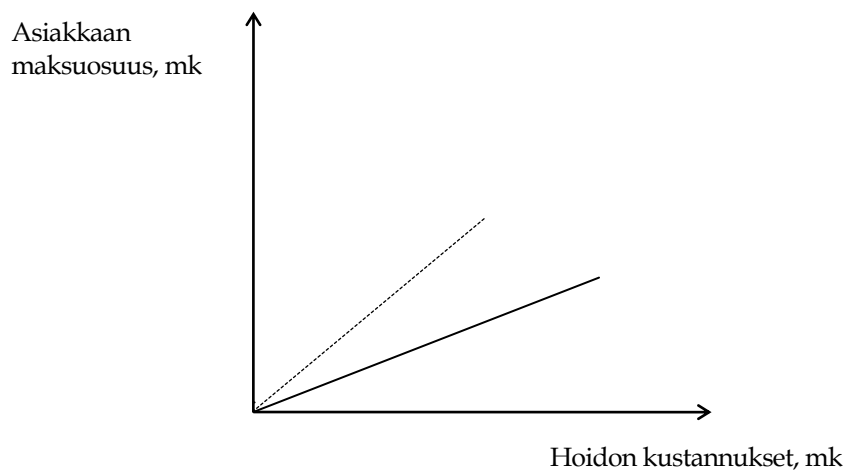
¹ Kansaneläkelaitos käyttää termiä omavastuuosa. Tässä raportissa käytetään termiä omavastuumäärä. Omavastuumäärää käsi-

tia (mainitut markkamäärät ja osuudet vuodelta 1998).

Omavastuuosuuden vaikutuksista terveystalouteen voidaan todeta, että se siirtää taloudellisia riskejä asiakkaille jotka käyttävät palveluita paljon, sekä siirtää varallisuutta asiakkailta palveluja käyttämättömille veronmaksajille. Näin tapahtuu, koska verotaakka on suoraan verrannollinen tuloihin, mutta sairaudet ja niiden kustannukset ovat käänteisesti verrannollisia tuloihin. Omavastuuosuus ei lisää yllykkeitä tuottavampaan toimintaan, jos sen suuruus on sama kaikilla tuottajilla. Jos omavastuuosuus vaihtelisi tuottajien kesken heidän omien päätöstensä perusteella, teoriassa se voisi kannustaa lisäämään tuottavuutta. Käytännössä tämän toteutuminen jää kuitenkin hyvin epätodennäköiseksi.

Kuten edellä 3.2. luvussa jo todettiin, täytyy neljän pääasiallisen ehdon täytyä, jotta asiakasmaksu vähentäisi terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Tämä koskee myös omavastuuosuutta. Omavastuuosuudella ei myöskään liene merkittävää vaikutusta palvelujen kokonaiskäyttöön.

Kuvio 1. Omavastuuosuus



Asiakkaan omavastuuosuus alkaa heti kun kustannuksia alkaa muodostua. Katkoviiva on 45 asteen kulmassa ja se kuvaa tilannetta, jossa asiakas maksaa sataprosenttisesti hoitonsa kustannukset.

3.5.2. Omavastuumäärä

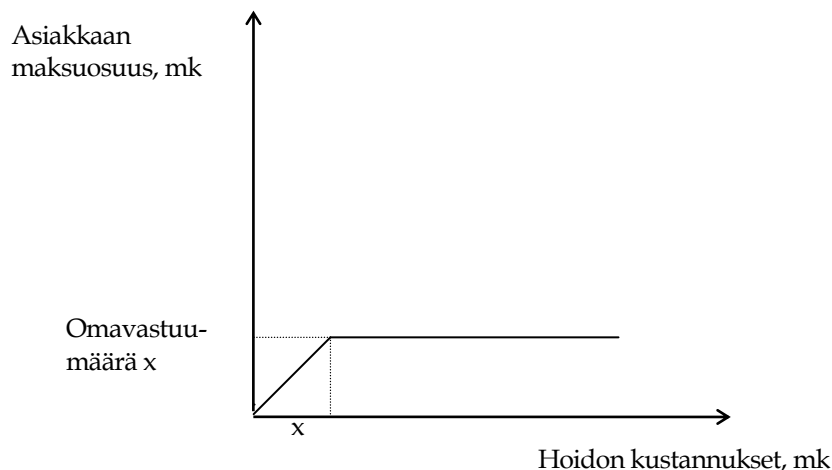
Omavastuumäärä (engl. deductible) on maksutapa, jossa asiakas maksaa kaikki hoidostaan aiheutuvat kulut tiettyyn ylärajaan saakka (kuvio 2). Kun kustannukset ylittävät tämän rajan, asiakas ei joudu enää vastaamaan niistä, vaan esimerkiksi sairausvakuutus tai kunta maksaa loput (tai tietyn osan kustannuksista, jos omavastuumäärä on yhdistetty omavastuuosuuteen; kuvio 3).

Suomessa omavastuumäärää käytetään eräissä sairausvakuutuksen korvaamissa palveluissa. Esimerkiksi peruskorvauksen piiriin kuuluvista lääkärin määräämistä lääkkeistä joutuu Suomessa maksamaan 50 markan omavastuumäärän.

Jos omavastuumäärää tarkastellaan pelkästään vakuutusperiaatteiden näkökulmasta, sopii omavastuumäärä sellaisiin palveluihin, joiden käyttö on suhteellisen yleistä ja kustannukset asiakkaille alhaisia. Koska rahamääräisesti pienten korvausanomusten hallinnolliset kulut saattavat olla suhteettoman suuret, ei pieniä riskejä kannata tasoittaa vakuutuksen avulla.

Silloin kun kustannukset ovat omavastuumäärän ylärajan alapuolella, sen vaikutukset terveystaloudellisiin tavoitteisiin ovat samansuuntaiset kuin omavastuuosuu- den: vastuu kustannuksista siirtyy niille, jotka käyttävät palveluita.

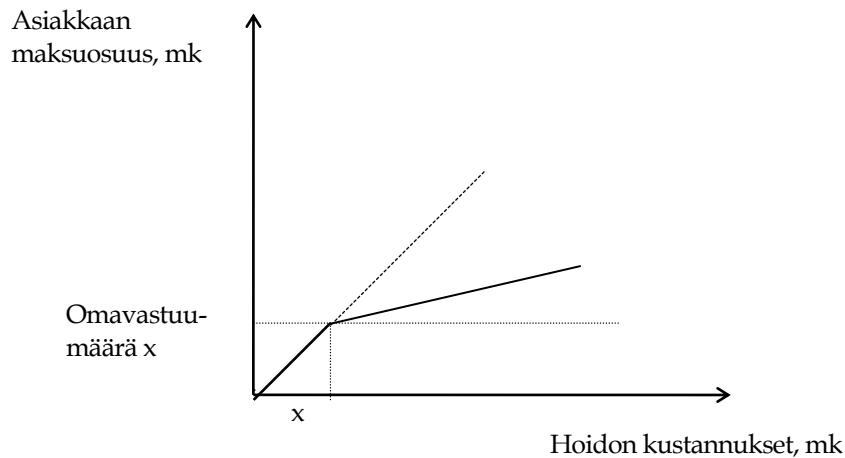
Kuvio 2. Omavastuumäärä



Asiakas maksaa omavastuumäärän x . Kustannusten ylitettyä $x:n$ asiakas ei maksa mitään.

Vakuutusperiaatteiden näkökulmasta lääkkeet ovat usein sellaisia, joihin omavastuumäärän käyttö sopii. Sen sijaan esimerkiksi sairaalan vuodeosastohoitoon omavastuumäärän käyttö sopii huonosti. Vuodeosastohoito on usein kallista ja sen tarvetta ilmenee yhden henkilön kohdalla suhteellisen harvoin ja ennalta-arvaamatta. Jos omavastuumäärä olisi pieni, niin lähes kaikki potilaat ylittäisivät sen ja saisivat sen jälkeen ilmaisen hoidon. Jos taas omavastuumäärä olisi suuri, asiakkaan taloudelliset riskit kasvaisivat huomattavasti ja monet ottaisivat yksityisen vakuutuksen suurten omavastuumaksujen varalle. On myös huomattava, että lääkäri tekee päätöksen vuodeosastohoidosta, joten kysyntäpäättös ei lähde asiakkaasta. Jos joku jättää saamansa hoidon kesken, tarjonta luo helposti kysyntää: vuodepaikka täyttyy. Koska valtaosa vuodeosastopotilaista on iäkkäitä ja pienituloisia, suuresta omavastuumäärästä tulee regressiivisen veron kaltainen maksu.

Kuvio 3. Omavastuumäärän ja omavastuuosuuden yhdistelmä



Asiakas maksaa ensin omavastuumäärän x . Kun hoidon kustannukset ylittävät x :n, asiakas maksaa hoidon kustannuksista omavastuuosuuden.

3.5.3. Suoritemaksu

Suoritemaksu (engl. per-service charge) maksetaan tietyn palvelun eli suoritteen käytöstä. Suoritemaksu esiintyy kirjallisuudessa myös toimenpidepalkkiona (fee-for-service). Suoritemaksu voi olla samansuuruinen ja yhtenäinen eri tuottajilla. Esimerkiksi Suomessa sairaaloiden 100 markan poliklinikkamaksu ja 125 markan vuorokausimaksu vuodeosastohoidosta ovat suoritemaksuja (vuonna 1998).

Suoritemaksun vaikutukset terveystalouteen ja tavoitteisiin ovat samat kuin omavastuuosuuden ja omavastuumäärän. Suoritemaksu siirtää taloudellista riskiä potilaille ja varallisuutta potilailta terveille. Sillä ei ole osoitettu olevan lainkaan tai vain vähän vaikutusta tehokkuuteen. Suoritemaksun vaikutus palvelujen kysyntään on rajallinen ja keskittyy vahvasti pienituloisiin mahdollisesti vaikuttaen haitallisesti heidän terveyteensä.

Suoritemaksu saattaa olla käyttökelpoinen kahdessa eri tilanteessa. Toinen näistä on pitkäaikaishoidon laitoshoidon vaihtoehtona on usein kotona asuminen (tai palvelutalossa asuminen tai jokin muu asumismuoto).

Potilaan olisi kotona asuessaan joka tapauksessa maksettava elinkustannuksensa omista varoistaan, eläkkeestään tai muulla tavoin. Jos potilaalle pitkäaikaishoidon aikana koituvat säästöt tai muu varallisuuden kasvu ovat suuremmat kuin hänelle pitkäaikaishoidosta koituvat maksut, voi asiakasmaksu tällaisessa tilanteessa olla käyttökelpoinen. Ei olisi hyväksyttävää, että potilas, hänen omaisensa tai perillisensä hyötyvät rahallisesti potilaan hoitamisesta julkisin varoin. Pitkäaikaishoidon suoritemaksun tarkoituksena ei kuitenkaan ole vaikuttaminen hoitoonpääsyyn tai laitoshoidon kustannusten alentaminen.

Suoritemaksun suuruus pitkäaikaishoidon laitoksessa voidaan määritellä niin, että se vastaa potilaan hoidosta/elämisestä aiheutuvia kustannuksia kotona tai muussa vaihtoehtoisessa paikassa. Maksun pitäisi vaihdella potilaiden maksukyvyyn mukaan. Tällöin on tietenkin ratkaistava, miten maksukyky määritellään.

Vaikka suoritemaksu saattaa olla käyttökelpoinen pitkäaikaisessa laitoshoidossa, sen käyttäminen lyhytaikaisessa vuodeosastohoidossa on ongelmallista. Lyhytaikaiselle vuodeosastohoidolle ei useinkaan ole vaihtoehtoja eikä potilas vältty sairaalassa ollessaan kotona asumisen kustannuksista lukuunottamatta ehkä ruokakustannuksia. Ne ovat kuitenkin vain hyvin pieni osa sairaalahoidon kustannuksista. Lyhytaikaisen hoidon maksut ovat siten lähinnä lisäkustannus potilaalle.

Suoritemaksu saattaa olla käyttökelpoinen myös silloin, kun palvelulla ei ole vaikutusta tai vain hyvin vähän vaikutusta terveyteen. Mutta tässä tilanteessa suoritemaksun käyttöä parempi ratkaisu saattaisi olla koko palvelun poistaminen julkisen rahoituksen piiristä. Suoritemaksu määritellään tällöin yhtä suureksi kuin sen todellinen kustannus. Kyse on itseasiassa ei-vakuutettavien palvelujen valikoinnista. Tätä maksutyyppiä käsitellään myöhemmin luvussa 3.5.8.

3.5.4. Maksu tulojen mukaan

Maksu tulojen mukaan (engl. income-linked charge tai income tax-linked charge)

on asiakasmaksu, joka verottaa saatuja terveysterveyspalveluja henkilön ansiotuloverotuksen yhteydessä.

Asiakkaan kaikki hoitolaskut lasketaan yhteen verovuoden ajalta ja sovelletaan tähän summaan omavastuumäärän ja omavastuuosuuden yhdistelmää. Omavastuumäärän ja omavastuuosuuden suuruudet määräytyvät asiakkaan tulojen mukaan. Lisäksi asiakkaan tulojen mukaan määritetään raja, jonka ylimenevältä osalta hänen ei tarvitse maksaa. Näin kertyvä ”maksuvelvoite” lisätään asiakkaan muilla perusteilla määräytyviin veroihin. Asiakas ei siis hoitohetkellä maksa hoidosta, vaan vasta verotuksessa.

Seuraava hypoteettinen esimerkki voidaan esittää maksusta, joka määritellään tulojen mukaan:

Taulukko 3. Hypoteettinen esimerkki maksusta tulojen mukaan

	Pienituloinen	Suurituloinen
Omavastuumäärä	1 200 mk	2 400 mk
Omavastuuosuus	10 %	20 %
Asiakasmaksujen yläraja/vuosi	2 500 mk	5 000 mk
Hoidon kustannukset yht.	15 000 mk	15 000 mk
Asiakkaan maksettava määrä	2 500 mk	4 920 mk

Verotuksen yhteydessä perittävästä asiakasmaksusta voi olla erilaisia muunnelmia. Näiden muunnelmien vaikutukset terveystaloudellisiin tavoitteisiin ovat jokseenkin samat.

Tuloihin sidotut maksut ovat sikäli progressiivisia, että suurituloiset maksavat enemmän kuin pienituloiset. Kuitenkin tuloryhmien sisällä maksut saattavat jakautua regressiivisesti. Ryhmän alapäässä oleva joutuu maksamaan yhtä paljon kuin ryhmän yläpäässä oleva. Myös tuloluokkien ulkopuolella varallisuuden siirron

vaikutukset voivat olla kielteisiä. Nämä vaikutukset riippuvat tulojen ja sairauksien ilmenemisen välisestä suhteesta sekä sen verorahoituksen progressiivisuudesta, jota muuten käytetään terveydenhuollon rahoitukseen. Yleisesti tuloihin sidotut maksut ovat kuitenkin vähemmän progressiivisia kuin ansioverotuksen kautta saatu terveydenhuollon rahoitus, koska terveystalvelujen käyttö ei ole yhtä progressiivisesti jakautunut kuin verotus.

Tuloihin sidotut maksut siirtävät taloudellista riskiä asiakkaille. Ne eivät myöskään tuo uusia yllykkeitä tuottajille tuottavuuden parantamiseen. Vaikutukset palvelujen käyttöön ovat tuskin merkittäviä, koska tuloihin sidotut maksut ovat omavastuumäärien ja omavastuuosuuksien yhdistelmiä.

Ongelmallinen kysymys voi olla, miten ilmoitetaan verottajalle terveystalvelujen käyttöön liittyvät laskutustiedot: ilmoittaako asiakas vai tuottaja ne veroviranomaisille. Tietosuojakysymykset saattavat myös olla ongelma, koska asiakkaat eivät välttämättä halua sairauksiaan koskevia tietoja veroviranomaisten tietoon. Omat kysymyksensä syntyvät siitä, toteutetaanko maksuratkaisut perhe- vai yksilökohtaisina.

Verojen yhteydessä maksettavat maksut hämärtävät helposti palvelujen käytön ja maksamisen välistä yhteyttä. Näin on varsinkin, jos asiakas ei hoitohetkellä maksa mitään. Palvelun käytön ja maksun välillä saattaa suurimmillaan olla kahden vuoden väli. Jälkikäteen perittävä maksu muistuttaa jälkiveroa ja voidaan siten kokea kielteisenä.

Tuloihin sidottua maksumenettelyä on pohdittu ainakin Kanadassa 1970-luvulla.

3.5.5. Vakuutus suurta riskiä vastaan

Vakuutus suurta riskiä vastaan (engl. major-risk medical insurance) on vakuutus vaikeiden sairauksien varalle, jotka aiheuttavat huomattavan suuria sairauskuluja. Asiakkaan maksettavalle määrälle on asetettu yläraja, jonka ylimenevältä osalta

vakuutusyhtiö maksaa kaiken tai osan kuluista. Kyse on omavastuumäärän eräänlaisesta muunnelmasta. Yleensä asiakkaan maksettavana oleva määrä on asetettu varsin suureksi. Vakuutusta suurten riskien varalle myyvät usein yksityiset vakuutusyhtiöt. Kiinnostusta tällaista vakuutusmuotoa kohtaan on tunnettu erityisesti Yhdysvalloissa. Vakuutus suurta riskiä vastaan on muunnelmana käytössä myös Suomen sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon suurten kustannusten tasauksessa.

Toisin kuin kaikissa edellä mainituissa asiakasmaksuissa, tuottajat voivat määrittää palvelujen hinnan vapaasti. Tämä on tärkeä näkökohta arvioitaessa asiakasmaksujen vaikutusta tuottavuuteen. Jotta asiakasmaksut parantaisivat tehokkuutta, täytyy tuottajien välillä olla mahdollisuus hintakilpailuun. Taloustieteen teorian mukaan hintatietoiset kuluttajat reagoivat hintoihin eli asiakasmaksuihin valitsemalla halvimmat palvelut, jolloin hyvään tuottavuuteen pystyvät tuottajat laajentavat markkinaosuuttaan ja laskevat hintojaan edelleen.

Jotta hintakilpailu tuottajien välillä toimisi, täytyy kahden ehdon toteutua. Ensinnäkin: Tuottajien hintojen on oltava itsenäisesti määriteltäviä, avoimia ja laajalti tiedossa, ja tuottajien välillä ei saa olla yhteistyötä. Toiseksi: Asiakkaiden on kyettävä arvioimaan eri tuottajien tarjoamien palvelujen hintoja ja laatua. Jos näin ei ole, täytyy säätelymekanismeja ottaa käyttöön, jotka turvaavat palvelujen laadun ja turvallisuuden. Kuten aiemmin jo todettiin, tällaisten ehtojen ja siten hintakilpailun toteutuminen on terveydenhuollon rakenteiden ja toimintatapojen takia erittäin kyseenalaista.

On ilmeistä, että vakuutus suurta riskiä vastaan vaikuttaa kielteisesti riskin vähemiseen ja varallisuuden siirtoon (erityisesti jos ylärajaa ei määritellä tulojen mukaan).

Suurten riskien vakuutuksen vaikutukset terveyspalvelujen käyttöön ja kokonaiskustannuksiin ovat samat kuin omavastuuosuuden ja -määrän vaikutukset. Teori-

assa voidaan ajatella, että suurten riskien vakuutus vähentäisi ensikäyntejä, koska asiakas saattaa joutua maksamaan huomattaviakin rahamääriä ennen kuin vakuutuksen yläraja saavutetaan. Sen jälkeen kun yläraja on saavutettu, ei asiakkaan tarvitse maksaa hoidostaan mitään tai asiakas maksaa ylärajan ylittävistä kustannuksista vain osan. Näin vakuutus taas saattaa luoda yllykkeitä palvelujen lisäkysynnälle. Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa todettiin, että suurten riskien vakuutus vähensi nuorten, keski- ja suurituloisten avohoidon palvelujen käyttöä. Nämä ryhmät eivät kuitenkaan edustaneet terveyspalvelujen "keskimääräistä" käyttäjää. Vakuutus ei myöskään vähentänyt pelkästään tarpeetonta hoitoa. Tuottajien havaittiin lisäksi kompensoivan palveluidensa käytön vähenemisen nostamalla muiden palvelujen hintoja tai lisäämällä muiden palveluiden käyttöä.

3.5.6. Yli taksan menevä hinnoittelu

Yli taksan menevä hinnoittelu (engl. extra-billing by physicians) sallii lääkäreiden määritellä oman harkintansa mukaan lisämaksuja hoitamilleen potilaille yli sen korvausrajan, johon asti sairausvakuutus tai joku muu kolmas osapuoli maksaa kulut. Tällainen on mahdollista muun muassa Suomessa yksityisessä terveydenhuollossa. Potilaiden sairausvakuutuksesta saama korvaus perustuu vahvistettuihin taksoihin. Maksu voi olla kuitenkin taksaa suurempi.

Yli taksan menevässä hinnoittelussa lääkärit voivat veloittaa enemmän niiltä asiakkailta, joiden arvelevat kykenevän maksamaan ja joiden palvelujen käyttöön maksun eivät arvioi vaikuttavan. Toisaalta taas lääkärit voivat periä vähemmän tai ei lainkaan pienituloisilta asiakkailta. Näin lääkärit voivat saavuttaa keskimääräisten hintojensa mahdollisimman suuren kasvun ilman että tämä vähentää palvelujen kysyntää.

On ilmeistä, että yli taksan menevä hinnoittelu ei hillitse kokonaiskustannuksia. Jos lääkärit pystyvät arvioimaan potilaidensa tulojen suuruutta ja laskuttaa tulojen perusteella, saattaa jonkin verran progressiivista varallisuuden siirtoa tapahtua. Yli

taksan menevällä hinnoittelulla saattaa olla kohentava vaikutus tuottavuuteen, mikäli lääkärit parantavat tuottavuutta tulojen muuttuessa. Tämä vaikutus on epävarmaa, koska kilpailuolosuhteet eivät välttämättä toteudu. Yli taksan menevä hinnoittelu ei todennäköisesti vaikuta myöskään terveyspalvelujen kokonaiskäyttöön.

Yli taksan menevää hinnoittelua voidaan ehkä perustella ainoastaan sillä, että lääkäreiden palvelut eivät ole samantasoisia. Paremmasta hoidosta tulisi maksaa, toisaalta taas tiedoiltaan ja taidoiltaan paremmat lääkärit saisivat veloittaa kaikilta asiakkailtaan enemmän. Näin yli taksan menevä hinnoitteluoikeus tulisi antaa vain pätevimmille. Silloin voi pienituloisten olla vaikea selviytyä maksuista. Vain pätevimmille annettu hinnoitteluoikeus aiheuttaisi joka tapauksessa kielteistä varallisuuden siirtoa, koska vaikeimmat tapaukset ovat usein pienituloisia.

3.5.7. Hinnoiteltavien palvelujen uudelleenmäärittely

Hinnoiteltavien palvelujen uudelleenmäärittelyssä (engl. service repackaging) terveyspalvelut määritellään siten, että niistä saadaan uusi kokonaisuus tai uusi tuote, jonka käytöstä asiakkaat voivat itse päättää. Menettelyä on ehdotettu esimerkiksi lääkkeiden käyttöön. Tällöin lääkevalmisteen hinnasta erotetaan raaka-ainekustannuserä ja ainoastaan tämä erä korvataan asiakkaalle. Lääkkeen valmistuksesta, pakkaamisesta, jakelusta ja muusta aiheutuneet kustannukset voivat vaihdella. Niitä ei siis korvata asiakkaalle.

Mallin tarkoituksena on, että asiakkaat hankkivat lääkkeitä sieltä, mistä ne halvimmalla saa. Hintatietoisien käyttäytymisen ajatellaan luovan valmistajille yllykkeitä pyrkiä alentamaan valmistukseen, pakkaamiseen ja muuhun lääkkeiden myyntiin ja jakeluun liittyviä kustannuksia.

Toinen tapa, jolla malli voi toteutua, ovat esimerkiksi Health Maintenance Organizations (HMO) Yhdysvalloissa. HMO-organisaatioissa tuottajat muodostavat

ryhmän, joka sitoutuu tarjoamaan siihen asiakkaiksi liittyneille etukäteen perittyä liittymismaksua vastaan tiettyjä palveluja. Yleensä asiakkaille tarjotaan ennalta-määritelly terveystalvelujen "paketti", johon sisältyy lääkärintalveluja ja muita avohoitotalveluja. Asiakkailta perityt maksut sekä paketin sisältö saattavat vaihdella organisaatiosta toiseen.

Mikäli HMO-organisaatioiden kesken on riittävästi kilpailua, saattaa tuottavuus parantua. HMO-organisaatioon liittyminen saattaa vähentää asiakkaiden taloudellisia riskejä. Toisaalta varallisuusvaikutukset saattavat olla kielteisiä, jos kaikki organisaatioon liittyneet maksavat saman suuruisen maksun. Koska HMO-organisaatioiden vuodeosastolle otettujen määrä on usein ollut keskimääräistä pienempi, tämä malli saattaa hillitä kokonaiskäyttöä ja kokonaiskustannuksia.

3.5.8. Ei-vakuutettavien palvelujen valikointi

Ei-vakuutettavien palvelujen valikoinnissa (engl. selective deinsurance) julkisen rahoituksen tai vakuutuksen piiristä poistetaan sellaiset palvelut, joiden terveystalvelut katsotaan olemattomiksi tai hyvin vähäisiksi. Asiakkaat joutuvat maksamaan itse kaikki kustannukset, jos he käyttävät vaikuttavuudeltaan olemattomiksi tai hyvin vähäisiksi todettuja palveluja.

Palvelujen valikointi julkisen rahoituksen piiristä vaatisi huomattavasti lisää tietoa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden vaikuttavuudesta. Tiedon hankkiminen on monilta osin vaikeata ja haastavaa. Sikäli kuin tietoa on, malli olisi neutraali riskin vähennemisen ja varallisuuden siirron suhteen. Vaikutukset kokonaiskysyntään riippuisivat paljolti siitä, miten tuottajat reagoisivat ei-vakuutettavien palvelujen valikointiin. Ylläkkeet tuottavuuden parantamiseen saattaisivat kuitenkin olla välittömiä ja tehokkaita.

Eräiden palvelujen poistaminen julkisen rahoituksen piiristä on ollut esillä muun muassa priorisointikeskusteluissa. Esimerkiksi Hollannissa Committee on Choices

in Health Care esitti, mitä palveluja julkisen terveydenhuollon ja vakuutusyhtiöiden on välttämätöntä tarjota asiakkailleen. Tällaisten palvelujen tulisi läpäistä neljä seulaa: hoito on vaikuttavaa, tehokasta sekä välttämätöntä, ja hoitoa ei voi jättää asiakkaan omalle vastuulle. Tunnetuin priorisointia koskeva kannanotto on Yhdysvaltain Oregonin osavaltion laatima lista, jossa yli 700 erilaista tutkimus- ja hoitotoimenpidettä asetettiin tärkeysjärjestykseen. Medicaid -ohjelma kattaa niistä 578 ensimmäistä sairautta ja lopuille ei kohdenneta julkista rahoitusta.

3.5.9. Rinnakkaissysteemit

Rinnakkaissysteemien mallissa (engl. parallel systems) sama hoidon lopputulos voidaan saavuttaa kahden tai useamman tuotantoprosessin avulla. Kunkin tuotantoprosessin panosten määrä ja laatu vaihtelevat ja siten myös kunkin prosessin kustannukset. Palveluista perittävät maksut ovat sitä suurempia mitä suuremmat niiden tuotantokustannukset ovat. Asiakas voi valita haluamistaan vaihtoehtoisista prosesseista. Niiden tulos terveyden kannalta on siis sama, mutta asiakasmaksut eri suuret. Näin pyritään ohjaamaan asiakkaita valitsemaan halvempia vaihtoehtoja.

Esimerkkeinä rinnakkaissysteemeistä voidaan mainita rokotukset joko lääkärin tai terveydenhoitajan antamina, leikkaushoito päiväkirurgisena tai tavanomaisena vuodeosastohoitona toteutettuna sekä lasten hammashoito kouluissa tai yksityisesti tarjottuna. Myös lääkkeissä on rinnakkaissysteemejä olemassa, koska yhtä ja samaa lääkeainetta on saatavilla eri kauppanimillä ja eri hinnoin. Kaikissa näissä mainituissa esimerkeissä voidaan arvioida vaikuttavuuden olevan saman, mutta kustannusten olevan eri suuruisia.

Jos rinnakkaissysteemit siirtävät palvelujen käyttöä kustannuksiltaan pienempien palvelujen suuntaan, niin terveydenhuollon kokonaiskustannuksia pystytään hillitsemään edellyttäen, että palvelujen kokonaisvolyyymiä ei samanaikaisesti kasvateta. Vaikutukset muihin terveystalouteen liittyviin tavoitteisiin ovat samantapaiset kuin ei-vakuutettavien palvelujen valikoinnilla. Rinnakkaissysteemien malli on neutraali

riskien vähenemisen ja varallisuuden siirron kannalta (jos malli johtaa halvempien vaihtoehtojen käyttöön). Vaikutus on myönteinen palvelujen kokonaiskäyttöön ja tehokkuuteen, jos tuottajat eivät muuta käyttäytymistään.

On selvää, että rinnakkaissysteemejä voidaan toteuttaa vain valikoidusti esimerkiksi tiettyjen potilasryhmien tai sairauksien hoidossa. Myös rinnakkaissysteemit edellyttävät lisää tietoa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden vaikuttavuudesta.

Rinnakkaissysteemien muunnelmanä voidaan pitää menettelyä, jossa järjestetään asiakkaille taloudellisia yllykkeitä omaan hoitoon. Tällaisia voi olla esimerkiksi rahallinen avustus potilaille tai heidän omaisilleen, jos potilaan hoito tapahtuu kotona sairaalahoidon sijasta. Tämä tietenkin edellyttää sitä, että kotihoidon ja sairaalahoidon vaikuttavuus on sama. Oma-/omaishoidon yllykkeiden on esitetty tuovan kustannussäästöjä silloin, kun kyse on kroonisten sairauksien hoidosta. Tämän menettelyn vaikutukset varallisuuden siirtoon riippuvat tuloluokkien jakautumisesta niiden potilaiden joukossa, jotka saavat rahallisia avustuksia.

3.5.10. Tiivistelmä erityyppisten asiakasmaksujen vaikutuksista

Lukujen 3.5.1.-3.5.9. perusteella on tehtävissä yhteenvedotaulukko (taulukko 4).

Taulukosta voidaan todeta muun muassa, että kirjallisuuden ja tutkimustulosten perusteella meille tutut omavastuuosuus, omavastuumäärä ja suoritemaksu eivät edistä taulukon sarakepäissä mainittujen keskeisten terveystaloudellisten tavoitteiden saavuttamista. Maksujen (brutto)tuottoa ne voivat kyllä lisätä.

Omavastuuosuus, omavastuumäärä ja suoritemaksu lisäävät asiakkaiden taloudellista riskiä sekä siirtävät varallisuutta pienituloisilta suurituloisille. Niillä saattaa lisäksi olla vääränlainen vaikutus hoitokäytäntöihin. Niiden vaikutus terveyspalvelujen kokonaiskäytön määrään ja tuottavuuteen on jokseenkin merkityksetön.

Sen sijaan palvelujen uudelleenmäärittely, palvelujen valikointi ja rinnakkaissysteemit vaikuttavat tavoiteltavien terveystaloudellisten tavoitteiden suuntaisesti. Niillä pystytään ohjaamaan kokonaiskäytön määrää, vaikuttamaan hoitokäytäntöihin sekä parantamaan tuottavuutta. Asiakkaiden taloudellisen riskin ja varallisuuden siirron kannalta niillä ei kuitenkaan ole merkittävää vaikutusta.

Taulukon alaosan maksutyypit eli palvelujen uudelleenmäärittely, palvelujen valikointi ja rinnakkaisysteemit näyttävät siis olevan terveystaloudellisten tavoitteiden kannalta selvästi parempia kuin taulukon yläosan maksutyypit.

Taulukko 4. Erityyppisten asiakasmaksujen vaikutukset terveystaloudellisiin tavoitteisiin

	Asiakkaiden taloudellisen riskin vähentäminen	Varallisuuden siirto progressiiviseen suuntaan	Kokonais- käytön ohjaus	Hoito- käytäntöihin vaikuttaminen	Tuottavuuden parantaminen
Omaavastuuosuus	-	-	~	-	~
Omaavastuumäärä -	-	-	~	-	~
Suoritemaksu	-	-	~	-	~
Maksu tulojen (tai ansiovero- tulojen) mukaan	-	?	~	?	~
Vakuutus suurta riskiä vastaan	-	-	~	-	~
Yli taksan hinnoittelu	-	?	~	?	~
Palvelujen uudelleenmäärittely	~	?	+	+	+
Palvelujen valikointi	~	~	+	+	+
Rinnakkais- systeemit	~	~	+	+	+

Kaaviossa verrataan asiakasmaksujen vaikutuksia siihen tilanteeseen, jossa asiakasmaksuja ei peritä lainkaan.

Merkkien tarkoitus:

+ yhteiskunnan kannalta tavoiteltava vaikutus

Tällöin asiakkaiden taloudellinen riski vähenee, varallisuuden siirto on progressiivista, palvelujen kokonaiskäyttöä voidaan ohjata, tehottomat tai vain vähän terveyshyötyä tuottavat hoitokäytännöt vähenevät ja tuottavuus paranee (eli hoidollinen lopputulos saavutetaan).

taan pienemmin kustannuksin tai aiempaa parempi lopputulos nykyisin kustannuksin).

- yhteiskunnan kannalta vääränlainen vaikutus
- ~ maksulla ei merkittävää vaikutusta yhteiskunnan kannalta
- ? vaikutusta yhteiskunnan kannalta ei tunneta

4. Päätelmät

Terveydenhuollon asiakasmaksut vaikuttavat ensisilmäyksellä yksinkertaiselta ja intuitiivisesti kiehtovalta ratkaisulta monimutkaisiin ja vaikeisiin terveystaloudellisiin ongelmiin, esimerkiksi rahoitusongelmiin. Asiat, joita asiakasmaksuissa pitää tarkastella, eivät kuitenkaan ole yksinkertaisia. Päin vastoin, ne ovat hyvin monimutkaisia.

Asiakasmaksuissa on kyse kustannusten siirrosta, ei kustannusten hillinnästä. Niissä on myös kyse tuottajien tulojen muodostumisesta, ei terveydenhuollon toimintojen vaikuttavuuden ja tehokkuuden parantumisesta.

Asiakasmaksuista on hyötyä joillekin yhteiskunnan osapuolille, mutta muiden kustannuksella. Mitä suuremmat tulot, sitä todennäköisemmin hyötyy. Mitä pienemmät tulot, sitä todennäköisemmin häviää. Asiakasmaksuista saattavat hyötyä myös tuottajat sekä mahdollisesti yksityiset vakuutusyhtiöt.

Koska asiakasmaksut saattavat heikentää pienituloisten hoitopaikkaa, asiakasmaksut eivät siirrä pelkästään varallisuutta, vaan mahdollisesti myös terveyttä pienituloisilta suurituloisille. Näin ollen pienituloiset maksavat terveydenhuollon kustannuksista enemmän ja saavat pienemmän osan hoidosta. Suurituloiset maksavat vähemmän ja saavat enemmän.

Asiakasmaksut ovat erittäin rajallinen menetelmä hillitä terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Kansainvälinen kokemus viittaa siihen, että asiakasmaksut ovat yhteydessä tavanomaista suurempiin ja vaikeammin hallittavissa oleviin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.

Asiakasmaksut voivat nostaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ainakin kolmella eri tavalla. 1) Jos asiakasmaksujen korotukset lisätään muuhun terveydenhuollon rahoitukseen voimatta vähentää jonkun toisen rahoittajan rahoituk-

sen määrää vastaavasti, kokonaiskustannukset kasvavat. 2) Jos asiakasmaksut vähentävät palvelujen kokonaiskysyntää, saattavat tuottajat reagoida vähentyneeseen kysyntään esimerkiksi lisäämällä muuta palvelutuotantoa tai korottamalla palvelujen hintoja. 3) Jos asiakasmaksut muodostuvat riittävän suuriksi ja asiakkailta on vaikeuksia maksaa niitä, alkaa yksityisiä vakuutuksia ilmaantua asiakasmaksujen varalle. Terveystalouden yksityisen rahoitusosuuden kasvaminen johtaa kokonaiskustannusten kasvuun.

Asiakasmaksut eivät vähennä pelkästään tarpeetonta hoitoa, vaan myös vaikuttavaa ja tarpeellista hoitoa. Palvelujen käytön ohjaamiseen asiakasmaksuista ei ole.

Suomessa yleiset asiakasmaksut, kuten lääkkeiden omavastuuosuudet ja kunnallisen terveydenhuollon suoritemaksut, eivät edistä keskeisten terveystaloudellisten tavoitteiden saavuttamista. Tavoitteiden saavuttamista saattaa ehkä edistää sellainen maksu, joka asetetaan palvelulle, jonka vaikutus terveyteen tiedetään olemattomaksi tai erittäin vähäiseksi. Toisaalta tällaisen vaikuttavuudeltaan heikon palvelun tarjonnan voisi poistaa julkisesti rahoitetusta järjestelmästä kokonaan.

Jos ja kun maksuja peritään, pitäisi nykyistä enemmän kiinnittää huomiota maksujen bruttotuoton sijasta niiden nettotuottoon. Maksujärjestelmän pitäisi lisäksi olla selkeä ja läpinäkyvä sekä asiakkaille että kuntien ja valtakunnan päättäjille. Nykyistä tilannetta, jossa asiakas maksaa sairautensa hoitoon saamistaan palveluista lukuisia yksittäismaksuja ja useille eri tuottajille, ei voida pitää selkeänä eikä maksupolitiikan tavoitteiden kannalta järkevänä.

Vaikeina talouden aikoina julkisen sektorin budjetteja joudutaan pitämään tiukkoina. Toisaalta veroja ei haluta korottaa eikä lainaa voida ottaa lisää. Ihmiset pitävät terveydenhuoltoa kuitenkin edelleen tärkeänä. Näin päättäjät ovat ristiriitaisessa tilanteessa. Asiakasmaksut tuntuvat silloin houkuttelevalta vaihtoehdolta. Tällöin tehdään hätiköityjä ratkaisuja: kuntien taloudellisen tilanteen korjaamisella perustellut sairaalamaksujen korotukset kohentavat kyllä sairaaloiden taloutta, mutta

tuskin kuntien taloutta.

Päättäjät saattavat julkisen talouden vaikeuksiin vedoten pystyä vähentämään vastustusta asiakasmaksuihin. Ne esitetään keinona vähentää julkisen talouden alijäämää. Asiakasmaksut eivät ole alijäämän vähentämistä, vaan ne ovat alijäämän siirtämistä. Ne ovat terveydenhuollon lisärahoituksen hankkimista verottamalla sairaita. Kaiken lisäksi samanaikaisesti vältetään paljon perusteellisempia uudistuksia, jotka ovat erittäin tarpeellisia, mutta poliittisesti huomattavasti vaikeampia viedä läpi.

Terveydenhuollon tutkimus on viimeisten kolmenkymmenen vuoden ajalta osoittanut, että tarveyspalvelujen käyttöön vaikuttavat ratkaisevasti tuotantopuolella tehdyt toimenpiteet. Tuottajien (ei asiakkaiden) asenteet, tietämys ja käyttäytymisen ovat ne pääasialliset käyttöä määrittävät tekijät. Asiakkaat saattavat käynnistää käytön, mutta tuottajat hallitsevat käyttöä.

Koska mainittuihin tuottajapuolen ratkaisuihin puuttuminen on kivuliasta ja vaikeata, toimenpiteet kysyntäpuoleen, esimerkiksi juuri asiakasmaksuihin, vaikuttavat paljon mielenkiintoisimmilta. Kuitenkin asiakasmaksut siirtävät huomiota vain pois todellisista kysymyksistä. Ne saattavat lisäksi osoittautua ajan kuluessa ongelmallisiksi. Kun asiakasmaksut ovat käytössä, on vaikea olla korottamatta niitä (näinhän on tapahtunut Suomessa jo monta kertaa!). Tällöin luodaan pohja yksityisten vakuutusmarkkinoiden laajenemiselle.

Mahdollisuus olisi monenlaisiin uudistuksiin, jotka parantaisivat koko terveydenhuollon organisointia, johtamista, rahoitusta ja säätelyä sekä palvelujen tuotantoa. Näin saataisiin palveluista nykyistä vaikuttavampia ja tehokkaampia ja siten enemmän vastinetta veronmaksajien rahoille. Se, miksi tähän ei niin helposti ryhdytä, on, että tämä edellyttää paljon vaikeita valintoja ja epämiellyttävää työtä, kuten sellaisten ratkaisujen tekemistä, joita monet intressiryhmät vastustavat. Lisäksi vaaditaan poliittisia päätöksiä, jotka sisältävät paljon riskejä ja pitkäaikaista sitou-

tumista.

Asiakasmaksukeskustelussa joudutaan tekemisiin erään tärkeän asian kanssa. Tämä asia koskee meidän arvojamme yhteiskuntana. Terveysthuoltomme on aikanaan luotu tiettyjen arvojen ja periaatteiden pohjalta. On pidetty tärkeänä sitä, että jokaisella on oikeus tarvitsemaansa hoitoon ja että taloudellinen asema ei saa vaikuttaa hoitoonpääsyyn. On ratkaistava, haluammeko pitää näistä arvoista kiinni.

Kirjallisuusluettelo

Ahlamaa-Tuompo, J. (1998). *The Impact of the User Charge on the Demand for Paediatric Injury Care, Analysis of a Natural Experiment in Helsinki during 1989-1994*. Academic Dissertation, Helsinki.

Arinen, S.-S., H. Sintonen (1994). *The Choice of Dental Care Sector by Young Adults Before and After Subsidisation Reform in Finland*. Social Science and Medicine, Vol. 39, No. 2, pp. 291-297.

Badgley, R.F., R.D. Smith (1979). *User Charges for Health Services*. A Report of the Ontario Council of Health, published by the Ontario Council of Health.

Barer, M.L., V. Bhatia, G.L. Stoddart, R.G. Evans (1994). *The Remarkable Tenacity of User Charges: A Concise History of the Participation, Positions, and Rationales of Canadian Interest Groups in the Debate over "Direct Patient Participation" in Health Care Financing*. The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Bhatia, V., G.L. Stoddart, M.L. Barer, R.G. Evans (1994). *User Charges in Health Care: A Bibliography*. The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Chalkley, M., R. Robinson (1997). *Theory and Evidence on Cost Sharing in Health Care: an Economic Perspective*. Office of Health Economics, London.

Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, Zoetermeer, Hollanti, 1992.

Donaldson, C., K. Gerard (1993). *Economics of Health Care Financing – The Visible Hand*. The Macmillan Press Ltd.

European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies (1997). WHO Regional Publications, European Series No. 72, Copenhagen.

Evans, R.G., M.L. Barer (1995). *User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back (Or, What's Health Got to Do With It?)*. Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, Vol. 14, No. 2, pp. 360-390.

Evans, R.G., M.L. Barer, G.L. Stoddart, V. Bhatia (1994). *Who are the Zombie Masters, and What Do They Want?* The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Evans, R.G., M.L. Barer, G.L. Stoddart, V. Bhatia (1994). *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?* The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Evans, R.G., M.L. Barer, G.L. Stoddart (1994). *Charging Peter to Pay Paul: Accounting*

for the Financial Effects of User Charges. The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Fahs, M.C. (1992). *Physician Response to the United Mine Worker's Cost Sharing Program: The Other Side of the Coin.* Health Services Research. 27:25-45.

Häkkinen, U. (1992). *Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa.* Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 20, Helsinki.

Jämsén, R.M., A. Ruusinen (1982). *Terveydenhuollon maksupolitiikka.* Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaalisia erikoistutkimuksia SVT XXXII:87.

Kansaneläkelaitos. *Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-96.* Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:55.

Keskimäki, I. (1997). *Social Inequalities in the Use of Hospital Inpatient Care in Finland.* Stakes, Research Reports 84, Helsinki.

Kokko, S. *Tauti ja sairaus – työikäiset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla.* Kuopion yliopiston julkaisuja, Kansanterveystiede, Alkuperäistutkimukset 1/1988.

Manning, W., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz, M.S. Marquis (1987). *Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment.* The American Economic Review, Vol. 77, pp. 251-277.

Newhouse, J.P. (1992). *Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?.* Journal of Economic Perspectives, Vol 6, No. 3, pp. 3-21.

OECD (1995). *New Directions in Health Care Policy.* Health Policy Studies, No. 7, Paris.

OECD (1998). *Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments.* Occasional Papers No. 33.

OECD (1998). *Economic Survey of Finland,* Paris.

Rice, T. (1992). *An Alternative Framework for Evaluating Welfare Losses in the Health Care Market.* Journal of Health Economics, Vol. 11, pp. 85-92.

Sintonen, H., T. Maljanen (1995). *Explaining the Utilisation of Dental Care. Experiences from the Finnish Dental Market.* Health Economics, Vol. 4: 453-466.

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Sosiaaliturvan kestäväään rahoitukseen – Rahoituksen uusia linjauksia.* Monisteita 1998:27.

Stoddart, G.L., M.L. Barer, R.G. Evans, V. Bhatia (1993). *Why Not User Charges? The*

Real Issues. The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Stoddart, G.L., M.L. Barer, R.G. Evans (1994). *User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature.* The Premier's Council on Health, Well-Being and Social Justice, Ontario.

Suomen Kuntaliitto. *Suomen Kuntaliiton esitykset kuntien peruspalveluiden turvaamiseksi ja talouden tasapainottamiseksi.* Tiedote 26.6.1998.

Suomen Kuntaliitto. *Kuntaliiton hallitus seuraavasta vaalikaudesta: Kuntien menot ja tulot saatettava tasapainoon.* Tiedote 20.11.1998.

Suomen Lääkärilehti. *Asiakasmaksut, asiakkuus ja yhdenvertaisuus.* 35/98 vsk 53, s. 4122.

The Effects of Consumer Co-payments in Medical Care. Background paper No. 5. (1991), National Health Strategy Unit, Melbourne.

Vienonen M. (1996). *Health Care Reforms on the European Scene.* World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Development Report (1993), Investing in Health. Published for the World Bank by Oxford University Press.

Taulukko. Asiakasmaksut eräissä OECD-maissa¹ (US dollars)

Maa	Käynti yleislääkärillä	Käynti erikoislääkärillä	Lääkkeet	Vuodeosastohoito	Röntgen ja patologian palvelut
Espanja	-	-	0 %, 40 %, eläkeläiset ja pitkäaikaissairaat enimmäkseen vapautettuja maksuista	-	-
Iso-Britannia	-	-	\$4-\$5 per reseptilääke tai maksuton "kausikortilla" \$65. Monia vapautettu maksuista.	-	-
Kanada	-	-	Osavaltiot päätettävät	-	-
Norja	\$11	\$16	25 %, jos "sininen kortti", enimmäismäärä 43\$ reseptilääkettä kohti	-	Röntgen \$11
Portugali	?	\$91-\$213	0/30/60/100 %	\$30	?
Ranska	25 % sovitusta taksasta, enemmän jos yli taksan menevää hinnoittelua	25 % sovitusta taksasta, enemmän jos yli taksan menevää hinnoittelua	0 %, 35 %, 65 % "elämänlaatulääkkeistä" ja 100 %	\$5-\$6 per päivä plus 20 % kok.kustannuksista ensim.30:ltä päivältä	35 %
Ruotsi	\$6-\$19	?	Ensimmäinen lääke \$15, seuraavat lääkkeet \$1	\$8	-
Saksa	-	-	\$3 maksu reseptilääkettä kohti, monia vapautettu maksuista	\$3 ensimmäisiltä 14:ltä päivältä, monia vapautettu maksuista	-
Suomi	\$17	\$17	\$8 plus 50 % ylimenevältä osalta	\$22	-
Tanska	Ei maksuja, paitsi alle 3 %:lle väestöstä	Ei maksuja, paitsi alle 3%:lle väestöstä	Tasamaksu plus 50/70/100 %	-	-
Uusi-Seelanti	Yli taksan hinnoittelu	Poliklinikkamaksu \$3-\$17	\$2-\$8	-	Poliklinikoiden potilaat \$3-\$17
Yhdysvallat	\$100 plus 20%	\$100 plus 20%	100%	\$676 omavastuu 60 ensimmäiseltä päivältä	Kuten lääkärikäynneistä

¹ Lähde: OECD (1998). Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments. Occasional Papers no. 33.

